



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

IVONEIDE LUCENAPEREIRA

**EVOLUÇÃO DA AIDS NA POPULAÇÃO JOVEM DA PARAÍBA NO
PERÍODO DE 2007 A 2014**

João Pessoa
2016

IVONEIDE LUCENA PEREIRA

EVOLUÇÃO DA AIDS NA POPULAÇÃO JOVEM DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2007 A 2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e ao Idoso

Projeto de pesquisa: Faces e interfaces da epidemia do HIV e da aids na Paraíba

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Peixoto Bezerra.

João Pessoa
2016

P436e Pereira, Ivoneide Lucena.
 Evolução da Aids na população jovem da Paraíba no
 período de 2007 a 2014 / Ivoneide Lucena Pereira.- João
 Pessoa, 2016.
 63f. : il.
 Orientadora: Valéria Peixoto Bezerra
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Cuidado em enfermagem. 3. HIV.
 4. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 5. Adulto jovem.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

IVONEIDE LUCENA PEREIRA

**EVOLUÇÃO DA AIDS NA POPULAÇÃO JOVEM DA PARAÍBA NO
PERÍODO DE 2007 A 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a.Valéria Peixoto Bezerra - Presidente
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a.Dr^a.Maria Eliane Moreira Freire - Titular externo
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a.Dr^a. Jordana Almeida Nogueira - Titular interno
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a.Dr^a. Sandra Aparecida de Almeida - Suplente interno
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a.Dr^a.Telma Alves Martins - Suplente externo
(Secretaria de Estado da Saúde do Ceará)

Dedicatória

Dedico aos meus pais,Ivanilda e Secero; aos meus irmãos, Sandro, Maria e Iara; e a minha avó materna, Maria Francisca de Lucena, minha referência (in memoriam).

Agradecimentos

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB**, por proporcionar a uma profissional da Psicologia a oportunidade de participar do Mestrado em Enfermagem e Saúde.

A **Deus**, pelos constantes sinais de sua presença;

A **Sílvia R.R. Leite**, pela compreensão e parceria sempre;

Aos **meus pais e irmãos**, por me compreenderem nos momentos de ausência;

À **orientadora. Prof^a. Dr^a. Valéria Peixoto Bezerra**, pela paciência, disponibilidade e efetiva contribuição com o meu processo de aprendizagem no período do Mestrado;

Às **Professoras Doutoras, Jordana de Almeida Nogueira e Sandra Aparecida de Almeida**, pela presença e pela amizade;

A **Nathalide Oliveira Costa**, por sua disponibilidade e seu profissionalismo na secretaria da Pós-graduação em Enfermagem;

A minha **equipe de trabalho da Gerência Operacional das DST/Aids/Hepatites Virais do Estado da Paraíba**, pela dedicação, compreensão, contribuição e retaguarda nas minhas ausências;

À **Secretaria de Estado da Saúde**, por permitir que seus técnicos possam também crescer na área acadêmica;

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade.

Paulo Freire - Pedagogia da autonomia

Resumo

PEREIRA, I.L. Evolução da aids na população jovem da Paraíba no período de 2007 a 2014. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 63p, 2016.

Introdução: O controle da infecção pelo HIV/Aids continua sendo um desafio para a saúde pública e envolve várias áreas de conhecimento, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos, propriedade industrial, diversidade, entre outras. A infecção pelo HIV/Aids é um fenômeno cuja forma de ocorrência causa impacto nos princípios morais, religiosos e éticos, associando-se às questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal. O início da epidemia esteve diretamente associado a homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, porém, nos últimos anos, a população jovem vem sendo acometida por um aumento das notificações. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo analisar a epidemia de aids na população jovem da Paraíba, no período de 2007 a 2014, considerando variáveis sociodemográficas e epidemiológicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal e de abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados do Sistema de Informação de Notificação e Agravos Nacional (Sinan), referente aos dados do tipo secundário quanto às notificação dos jovens com aids com idades de 15 a 24 anos, no período de 2007 a 2014. A base de dados foi composta por 329 casos registrados, transportados para a planilha do programa Excel. As variáveis sociodemográficas e epidemiológicas contidas na ficha de notificação foram submetidas à estatística descritiva, verificando-se as taxas de incidências e risco relativo de aids por macrorregião do Estado. **Resultados:** A infecção por aids, na população jovem do estado da Paraíba, apresentou um número maior de casos na macrorregião I (70, 5%), na faixa etária de 22 a 24 anos (60, 4%). A maioria deles com escolaridade no ensino fundamental (52%) e cor parda (68%). Vale destacar casos em indígenas (0, 9%), com concentração na zona urbana (90, 8%) e no modo de transmissão sexual (71, 7%). A macrorregião I apresenta maior taxa de incidência de casos e risco relativo superior ao risco global do Estado em toda a evolução temporal em relação às demais macrorregiões. O ano de 2007 chama à atenção para uma evolução elevada da taxa de incidência de casos em todas as macrorregiões do Estado. Os dados permitiram a visualização da evolução temporal da infecção por aids na população jovem da Paraíba. **Conclusão:** A infecção por aids na população jovem do Estado apresenta oscilações em sua evolução, com tendência a se elevar nas taxas de incidência e risco de infecção para o vírus nas macrorregiões do estado. Os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos dos jovens com aids reforçam a necessidade de ações direcionadas à prevenção e à assistência ao público jovem.

Descritores: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Adulto jovem.

Abstract

PEREIRA, I.L. Evolution of aids over the young population of Paraíba from 2007 to 2014. Master`s degree dissertation. Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa 63p, 2016.

Introduction: The control of infection by HIV/Aids remains as a challenge for the public health and it involves several areas of knowledge, such as human rights, quality of life, medicine policies, industrial property, and diversity, among others. Infection by HIV/Aids is a phenomenon which occurrence mode impacts the moral, religious and ethical principles associating with topics concerning sexuality, drugs intake and marital morality. The beginning of the epidemic was directly associated with male homosexuals, injectable drug users and sex professionals, although in the last years the young population has had an increase on the notifications. **Purpose:** Analyze the epidemic of aids on the young population of Paraíba from 2007 to 2014 considering socio demographic and epidemiologic varieties. **Methodology:** It is an ecological study of the temporal series and quantitative approach made with the data bank of System Notification Information and National Grievances (Sinan), concerning the secondary data as for the notifications of the youth with aids aging from 15 to 24 years old, in the period from 2007 to 2014. The data base was composed by 329 registered cases and transported to the Excel chart. The socio demographic and epidemiological variables identified in the data bank have been submitted to descriptive statistics, the incidence rates and the relative risk of aids verified per micro region of the State. **Results:** aids infection among the youth in Paraíba showed a higher number of cases in macro region I (70, 5%), at age range from 22 to 24 years old (60, 4%), at the fundamental schooling level (52%), brown skinned (68%) and on the sexual transmission mode (71, 7%). It`s worth noticing cases among Indians (0, 9%) and concentration in the urban areas (90, 8%). Macro region I shows a greater rate of cases and relative risk superior to the global risk of the State in all temporary in relation to the other macro regions. 2007 draws attention to a high evolution on the incidence rate of cases in every macro regions of the State. The data have permitted visualize the temporal evolution of aids infection among the youth population of Paraíba. **Conclusion:** aids infection on the youth population in the State shows oscillations on its evolution tending to elevate the incidence rates and risks of infection with the virus at the macro regions of the State. The epidemiological and socio demographic aspects of the youth with aids reinforce the necessity of actions toward prevention and assistance to the young public.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Young adult.

Resumen

PEREIRA, I.L. Evolución del aids en la población joven de Paraíba el período de 2007 al 2014. Tesina (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidad Federal da Paraíba, João Pessoa, 63p, 2016.

Introducción: El control de la infección por el HIV/Aids permanece como un desafío para la salud pública y envuelve varias áreas de conocimiento, como los derechos humanos, calidad de vida, políticas de medicamentos, propiedad industrial, diversidad, entre otras. La infección por el HIV/Aids es un fenómeno cuya forma de ocurrencia, causa impacto en los principios morales, religiosos y éticos, asociándose a las cuestiones relativas a la sexualidad, al uso de drogas y a la moralidad conyugal. El inicio de la epidemia estuvo directamente asociado a homosexuales masculinos, usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo, sin embargo, en los últimos años la población joven ha sido acometida con un acréscimo de las notificaciones. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo analizar la epidemia de aids en la población joven de Paraíba el período de 2007 al 2014, considerando variables sociodemográficas y epidemiológicas. **Metodología:** Se trata de un estudio ecológico de série temporal y de abordaje cuantitativo, realizado con el banco de datos del Sistema de Información de Notificación y Agravios Nacional (Sinan), referente a los datos del tipo secundario en cuanto a la notificación de los jóvenes con aids con edades entre los 15 a 24 años, el período de 2007 al 2014. La base de datos fue compuesta por 329 casos registrados, trasladados para la planilla del programa Excel. Las variables sociodemográficas y epidemiológicas contenidas en la ficha de notificación fueron sometidas a la estadística descriptiva verificándose las tasas de incidencias y riesgo relativo de aids por macrorregión de la provincia. **Resultados:** La infección por aids en la población joven de la provincia de Paraíba presentó un mayor número de casos en la macrorregión I (70,5%), en la faja etaria de los 22 a los 24 años (60,4%). La mayoría de éstos con escolaridad en la enseñanza fundamental (52%) y color pardo (68%). Vale poner de relieve casos en indígenas (0,9%), con concentración en la zona urbana (90,8%) y en el modo de transmisión sexual (71,7%). LA macrorregión I presenta mayor tasa de incidencia de casos y riesgo relativo superior al riesgo global de la Provincia en toda evolución temporal respecto a las demás macrorregiones. El año de 2007 llama la atención para una evolución elevada de la tasa de incidencia de casos en todas macrorregiones de la Provincia. Los datos permitieron la visualización de la evolución temporal de la infección por aids en la población joven de Paraíba. **Conclusión:** la infección por aids en la población joven en la provincia presenta oscilaciones en su evolución con tendencia de elevación en las tasas de incidencia y riesgo de infección para el virus en las macrorregiones de la provincia. Los aspectos sociodemográficos y epidemiológicos de los jóvenes con aids refuerzan la necesidad de acciones direccionadas a la prevención y la asistencia al público joven.

DESCRIPTORES: HIV, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, adulto joven.

Lista de figuras

Figura 1 – Distribuição dos municípios por macrorregião de saúde na Paraíba.....	29
Figura 2 – Interpretação das classes de risco relativo com variação de $< 0,5$ a $2,0$	31
Figura 3 -Tendência da incidência de aids na população jovem na Paraíba e no Brasil no período de 2007 a 2014.....	41
Figura 4 - Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2007.....	43
Figura 5 – Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2008.....	43
Figura 6 – Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2009.....	44
Figura 7 – Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2010.....	45
Figura 8 – Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2011.....	45
Figura 9 – Mapa de risco relativo de aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2012.....	46

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos casos de aids entre jovens, segundo o ano de notificação, o sexo e a razão entre sexo - Paraíba, Brasil, 2007 a 2014(n=329).....	32
Tabela 2 – Características sociodemográficas de jovens com aids por macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil, 2007 a 2014(n= 329).....	34
Tabela 3 – Características epidemiológicas de jovens com aids quanto ao modo de transmissão por macrorregião de saúde na Paraíba, Brasil, no período 2007 a 2014(n= 329).....	39

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Incidência dos casos notificados de jovens com aids por macrorregião de saúde na Paraíba no período de 2007 a 2012.....	42
--	-----------

Lista de siglas e abreviaturas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CD4	Célula de defesa número 4
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GAV	Grupo de Apoio à Vida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
RR	Risco Relativo
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PREP	Profilaxia Pré-exposição
SICLON	Sistema de Controle de Logística
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TV	Transmissão Vertical
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
UNGASS	Nações Unidas na Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids

Sumário

Apresentação.....	15
1. Introdução.....	17
2. Objetivos.....	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
3. Referencial teórico.....	21
3.1 <i>Contextualizando a epidemia de aids na população jovem.....</i>	21
3.2 <i>Políticas Públicas de prevenção e de assistência à população jovem com aids.....</i>	23
4. Percurso metodológico.....	29
4.1 <i>Tipo de estudo.....</i>	29
4.2 <i>Local do estudo.....</i>	29
4.3 <i>População do estudo.....</i>	30
4.4 <i>Procedimentos para a coleta e a análise de dados.....</i>	30
4.5 <i>Aspectos éticos.....</i>	31
5. Resultados e discussões.....	32
5.1 <i>Caracterização sociodemográfica e epidemiológica da população jovem que vive com aids por macrorregiões de saúde na Paraíba.....</i>	32
5.2 <i>A incidência e o risco da aids na população jovem por macrorregiões de saúde, na Paraíba, no período de 2007 a 2012.....</i>	41
6. Considerações finais.....	50
Referências.....	52
APÊNDICE A.....	60
ANEXO A.....	61
ANEXO B.....	62

Apresentação

Há 20 anos, acompanho o desenvolvimento e as implicações da epidemia da síndrome da Imunodeficiência Humana - aids- na Paraíba e no Brasil. No ano de 1996, tive a oportunidade de participar, como voluntária, de uma Organização Não Governamental (ONG), do Grupo de Apoio à Vida- GAV, voltada a temática da aids, composta por estudantes, professores e pessoas acometidas por aids, localizada na cidade de Campina Grande e considerada a primeira ONG/Aids fundada na Paraíba.

Quando concluí o Curso de Graduação em Psicologia, atuei como profissional voluntária por sete anos, participando de vários projetos direcionados à prevenção da aids. Também atuei na assistência direta às pessoas que viviam com o HIV e a aids e como militante na luta contra o preconceito e a discriminação, com o intuito de qualificar a Política Pública de HIV/Aids implementada no estado da Paraíba.

No ano de 2007, fui convidada a atuar como gestora da Política Municipal de DST/Aids de João Pessoa e, desde o ano de 2011, assumi a gestão da Política Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids e Hepatites Virais do estado da Paraíba. Na experiência governamental, dediquei-me a fortalecer a implementação das políticas públicas voltadas para a prevenção, o tratamento e a assistência no contexto da infecção pelo HIV. Ainda nessa trajetória, tenho demandado a atenção nas notificações da aids nos sistemas de informações e seus desdobramentos na Paraíba, informações relevantes para a elaboração de planos e estratégias voltados para estimular o enfrentamento da aids no Estado e compreender esse fenômeno nas diversas faixas populacionais.

Na imersão dessa realidade, meu interesse pelo tema se fortalece a cada dia, e observando a evolução de casos, a incidência e o risco da infecção pelo HIV/Aids na população jovem, senti a necessidade de aprofundar os estudos e analisar esse cenário na faixa etária de 15 a 24 anos, no período de 2007 a 2014. Ainda seguindo uma trajetória na temática, tive a oportunidade de integrar o Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba, que possibilitou o aprofundamento da análise das características da população de jovens acometidos por HIV/Aids na Paraíba.

Nesse cenário, consegui compreender bem mais essa temática, vivenciando a experiência como pesquisadora e gestora, debruçando-me em conceitos e na busca de respostas para as peculiaridades do fenômeno estudado em suas dimensões sociais, culturais e

geográficas, para subsidiar a construção e o fortalecimento de Políticas Públicas voltadas para a população jovem da Paraíba.

No que diz respeito à estrutura, esta dissertação foi dividida em cinco partes, a saber: a introdução, o referencial teórico, o percurso metodológico, os resultados e as discussões e as considerações finais.

1. Introdução

A complexa e dinâmica epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pela aids continua sendo um problema de grande preocupação mundial, caracterizado por várias mudanças em sua evolução, ao longo do tempo, entre elas, a categoria de exposição das populações, que dificulta respostas das Políticas Públicas e Sociais, voltadas para prevenir, controlar e tratar a doença (CUNHA, GALVÃO; 2010).

Segundo Pinto (2007), a aids tornou-se uma das grandes questões que afligem a planeta, visto que envolve várias áreas, como os direitos humanos, a qualidade de vida, as políticas de medicamentos, a propriedade industrial e a diversidade, portanto, é um fenômeno cuja forma de ocorrência causa impacto nos princípios morais, religiosos e éticos e associa-se às questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal. Para as Organizações das Nações Unidas (2012), a aids continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde, que tem afetado diretamente mais de 35 milhões de vidas em todo o mundo e com 19 milhões de pessoas que não sabem que contraíram o vírus. No contexto geral, a infecção pelo HIV/Aids representa a quinta principal causa de morte entre em mulheres com idades entre 15 e 49 anos.

Ainda em relação a esse aspecto, mais de uma de cada três pessoas que vivem com HIV/Aids não conhecem sua condição sorológica e perdem a oportunidade de proteger sua própria saúde e a de outras pessoas. Populações afetadas pelo HIV/Aids são criminalizadas, como, por exemplo, as trabalhadoras sexuais, as usuárias de drogas, homens que fazem sexo com homens e populações transexuais (UNAIDS, 2012).

No Brasil, desde o início da epidemia, foram registrados 798.366 mil casos de HIV/Aids de 1980 até junho de 2015. Na Paraíba, no período de 1985 até junho de 2015, foram notificados 6.412 casos da doença (BRASIL; 2015). Embora o número de pessoas infectadas pelo HIV, em 2012, tenha declinado em 20% dos casos, comparado com os últimos cinco anos, constata-se que mais da metade das novas infecções pelo HIV que ocorrem na atualidade afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. Isso significa que as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias e as políticas de saúde voltadas para o HIV/Aids, ao estimar que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem, atualmente, com HIV/Aids em todo o mundo. Diariamente, cerca de 6.000 jovens dessa faixa etária se infecta com o vírus, no entanto, somente uma parte conhece sua condição de infectado (SOUSA, PAIVA; 2012).

Atualmente, a via sexual é a principal forma de transmissão do HIV no país, entre indivíduos de 13 anos ou mais, tanto entre homens quanto entre mulheres. Em 2014, esses casos corresponderam a 95,4%, entre os homens, e 97,1%, entre as mulheres, com predomínio da categoria de exposição heterossexual, porém com uma tendência de aumentar na proporção de casos de homens que fazem sexo com homens, o que, nos últimos dez anos, passaram de 34,9%, em 2005, para 44,9% em 2014 (BRASIL, 2015).

Nesse cenário, ainda merece destaque a população feminina, por considerar que, aproximadamente, 120 milhões de mulheres no mundo são agredidas sexualmente ou violentadas antes de completarem 20 anos, o que aumenta a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (UNAIDS, 2012).

O crescente número de jovens que vivem com HIV/Aids pode estar relacionado às situações de vulnerabilidade ao vírus, como a não utilização de preservativo em todas as relações sexuais, a intensificação do consumo de álcool e outras drogas, a violência e o abuso sexual praticados contra jovens, indicando o elevado número de ocorrências de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis nessa população (PINHO, 2013).

Estudo realizado com jovens heterossexuais aponta que o uso da camisinha para esses jovens está associado às relações esporádicas e/ou sem conhecimento prévio. Quando se trata de namorada ou esposa, a camisinha é substituída pela “confiança”, e eles se limitam a recorrer ao uso da pílula para evitar gravidez, tornando-se jovens vulneráveis (ALVES, BRANDÃO, 2009). Assim, apesar da grande divulgação da mídia e de campanhas de prevenção realizadas na comunidade e em escolas, o grande fator de relevância na contaminação desses jovens ainda é o pouco uso de preservativo nas relações sexuais (CAMARGO; FERRARI, 2009).

A impulsividade, como uma característica marcante dessa população, potencializa a vulnerabilidade do homem jovem, através da concretização dos desejos sexuais, atributos da masculinidade e mensurados pelo desempenho sexual. Então, nessa fase, não se deve interromper o ato ou negociar o preservativo (ALVES, BRANDÃO; 2009). Nessa fase da vida, diversas mudanças ocorrem na composição corporal e hormonal, envolvendo hormônios sexuais e, conseqüentemente, a evolução da maturidade sexual e da sexualidade (SAITO, 2001).

As diversas áreas do conhecimento indicam a juventude como um período da vida que apresenta mais vulnerabilidade ao risco, uma vez que o jovem se encontra suscetível por não saber lidar com as possibilidades apresentadas e as mudanças do corpo, principalmente no que se refere à sexualidade (JEOLÁS, 2005).

A fase da adolescência representa uma complexa travessia do mundo infantil para o adulto, momentos de intensas transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas, que progridem inexoravelmente, como consequência dessa dinamicidade, a insegurança e a resistência aos vínculos com atores importantes (familiares, professores, profissionais de saúde) para minimizar o potencial de sua exposição às doenças sexualmente transmissíveis, em especial, ao HIV (BRASIL, 2006).

Os adolescentes e os jovens vivem intensamente sua sexualidade e apesar dos avanços científicos sobre a sexualidade humana, esse tema ainda carrega muitos preconceitos, contradições e mitos, cujas discussões se restringem aos adultos, o que, consequentemente, prejudica o desenvolvimento e o comportamento sexual saudável de adolescentes e jovens (GIR, 2000).

Devido à magnitude do problema do número de jovens que vivem com HIV/Aids e o notório crescimento desse grupo populacional no estado da Paraíba, associado às peculiaridades específicas dessa faixa etária, considerada vulnerável ao contágio pelo vírus, considera-se a temática abordada de extrema relevância.

Considerando o exposto, esta proposta de estudo poderá contribuir para implementar políticas públicas de saúde direcionadas a esse grupo populacional e subsidiar planos de ação, redes de cuidados e assistência qualificados com ênfase nas ações de prevenção, promoção e assistência (nas suas singularidades) da saúde às pessoas expostas ao HIV ou que já vivem com aids.

Nessa perspectiva, o estudo se propõe a responder aos seguintes questionamentos: Qual o perfil da população jovem que vive com aids, segundo as variáveis sociodemográficas e as epidemiológicas? Qual a taxa de incidência e de risco relativo anual para a aids na população jovem das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba? Quais as macrorregiões de saúde que apresentam os maiores e os menores riscos de ocorrência da doença? Qual a tendência e a difusão espacial do risco da aids na população jovem nas macrorregiões de saúde do estado da Paraíba?

2. Objetivos

2.1 Geral

- Analisar a evolução da epidemia da aids na população jovem da Paraíba, durante o período de 2007 a 2014, considerando variáveis sociodemográficas e epidemiológicas.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil dos jovens que vivem com aids, segundo variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, por macrorregiões de saúde da Paraíba;
- Verificar a taxa de incidência e o risco relativo anual dos casos de aids na população jovem, considerando as macrorregiões de saúde do estado da Paraíba;
- Representa espacialmente o risco relativo nas macrorregiões de saúde do estado;
- Identificar as macrorregiões de saúde da Paraíba que apresentam os maiores e os menores riscos de ocorrência da doença;
- Analisar a tendência e a difusão espacial do risco da aids na população jovem nas macrorregiões do estado da Paraíba.

3.Referencial teórico

3.1 Contextualizando a epidemia de aids na população jovem

A evolução da aids na população jovem do Brasil vem despertando a atenção dos diversos segmentos políticos, científicos e sociais. Desde o início da epidemia(1980), até junho de 2015, o Brasil registrou 798.366 mil casos de aids na população em geral -615.022 (77,0%) notificados no Sistema de Notificação e Agravos Nacional (Sinan), 45.306 (5,7%), e 138.038 (17, 3%), no SIM e SISCEL/SICLON (BRASIL, 2015).

No Brasil, a maior concentração de casos de aids se encontra nos indivíduos com idades de 25 a 39 anos para ambos os sexos. Entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,6%, e entre as mulheres, a 49,8% do total dos casos de 1980 a junho de 2015. Não se observou diferença na taxa de detecção entre os indivíduos com até 14 anos de idade, segundo o sexo, enquanto, nas demais faixas etárias, a taxa entre os homens é superior à de mulheres, 2,5 vezes maior no último ano para a faixa de 20 a 24 anos (BRASIL, 2015).

Ainda entre os homens, observa-se um aumento de detecção da doença entre os que têm 15 a19 anos, 20 a 24 e 60 anos ou mais. Nos últimos dez anos, destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que, de 2005 para 2014, a taxa entre aqueles com 15 e 19 anos mais do que triplicou (de 2, 1 para 6, 7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24 anos, que dobrou (de 16 para 30, 3 casos por 100 mil habitantes) (BRASIL, 2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), no Brasil, a população cuja idade é de 15 a 24 anos é de 34.236,06, desses 17.046,965 são mulheres, e 17.189,095 de homens. Percentualmente, a população jovem é de 18% da população brasileira, e quanto à população de jovem de 15 a 24 anos, na Paraíba, é de 33.348, desses, 16.817 (8,3%) do sexo masculino e 16.531 (8,2%), do feminino, tendo como média geral 16,5% jovens nessa faixa etária.

Na Paraíba, no período de 1985 (ano do primeiro caso de aids notificado no estado), até junho de 2015, foram notificados 6.412 casos da doença, em todas as faixas etárias. Ainda no período de 2007 a 2015, foram notificados 3.280 casos de HIV/Aids- 329 casos entre jovens com idades entre 15 e 24 anos, aproximando-se de 11% do total de números de casos registrados no período (BRASIL, 2015).

Em relação aos indivíduos com 20 anos ou mais, observa-se que, à medida que a idade aumenta, a razão de sexo diminui. Isso indica que há mais participação das mulheres na faixa

etária de maior idade. Em 2014, nas faixas etárias de 20 a 29 e de 30 a 39 anos, a razão de sexos foi de 25 a 20 casos, em homens, para cada 10 casos, em mulheres, com uma tendência a aumentar nos últimos dez anos (BRASIL, 2015).

No Brasil, na maioria das notificações de jovens de 15 a 24 anos, a transmissão se deu por via sexual, de 1980 a 2014, tanto entre homens quanto entre mulheres; em 2014, correspondeu a 95,4% entre os homens, e 97,1% entre as mulheres, com predomínio da categoria de exposição heterossexual, porém com uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH), o que, nos últimos dez anos, passou de 34,9%, em 2005, para 44,9%, em 2014 (BRASIL, 2015).

Quanto à via sanguínea, a transmissão ocorreu em 13,3% dos casos; os usuários de drogas injetáveis (UDI) com um quantitativo de 58.289 (18,9%); hemofílicos com 1.114 (0,4%); transfusão de sangue, 1.181 (0,4%) e transmissão vertical, 620 (0,2%). Quanto à população feminina por via sexual (heterossexual), 157.373 (92,2%); por via sanguínea, UDI, com 118.30 (6,9%); transfusão, 954 (0,6%) e 587 (3,7%), por acidente ocupacional (BRASIL, 2015).

Pesquisa realizada em conscritos do Exército Brasileiro, no grupo populacional de 17 a 21 anos de idade, verificou a prevalência de infecção pelo HIV, que avançou de 0,09%, em 2002, para 0,12% (por 100 mil habitantes), em 2007. O aumento mais significativo ocorreu na população de HSH (homens que fazem sexo com homens) jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% (por 100 mil habitantes), em 2002, para 1,2%, em 2007 (BRASIL, 2014).

O estudo realizado no Brasil, nos anos de 2002 a 2007, com mais de 35 mil jovens do sexo masculino, com idades entre 17 e 20 anos, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. De acordo com o estudo, o uso regular de preservativo diminuiu, com parcerias fixas e casuais, sobretudo entre os jovens com baixo grau de escolaridade (SZWARCOWALD, 2011). Apesar da grande divulgação através da mídia e de campanhas na comunidade e em escolas, a baixa prevalência do uso de preservativo masculino nas relações sexuais ainda é um fator de grande relevância na contaminação dos jovens (CAMARGO, 2009).

Nessa diversidade com que a aids se apresenta, merece destaque a população feminina, ao considerar que, aproximadamente, 120 milhões de mulheres no mundo são agredidas sexualmente ou violentadas antes de completarem 20 anos. Isso aumenta a vulnerabilidade das mulheres à aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis (UNAIDS, 2012). Assim, a evolução da epidemia da aids apresenta mudanças no perfil epidemiológico, que atingem diversos grupos sociais, como jovens, idosos, mulheres, pessoas de baixa renda,

homossexuais masculinos, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, entre outros (AYRES; 2009).

Devido à evolução epidemiológica da epidemia e ao caráter incurável da doença, diversas tentativas terapêuticas surgiram no combate ao HIV/Aids, e isso vem aumentando a expectativa e melhora da qualidade de vida dessas pessoas, proporcionando mudanças de valores, hábitos, crenças e conhecimentos coletivos e individuais (DOURADO, 2006).

3.2 Políticas Públicas de prevenção e de assistência à população jovem com aids

O contexto sociocultural dos anos de 1970 e 1980 foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelos avanços no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. Essas conquistas, oriundas do ativismo político, provocaram a imediata reação de movimentos sociais frente à aids, tanto no plano da atenção à saúde quanto na prevenção, visando combater as situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas portadoras de HIV e aids. Participaram ativamente desse movimento, entre outros, igrejas, universidades, organizações não governamentais (ONGs) e setores privados, que conseguiram impulsionar as políticas públicas destinadas a preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos (SOUZA et al, 2010).

Assim, a política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids representou uma nova forma de pensar e de construir políticas públicas no Brasil, devido aos esforços pioneiros de diferentes grupos e movimentos sociais. Nesse aspecto, a sociedade civil tem representado um importante segmento para controlar a epidemia. Acredita-se que ela tenha contribuído para construir a política, e isso resultou em sua credibilidade, eficácia e reconhecimento (SOUZA et al, 2012).

O Movimento da Reforma Sanitária, que cresceu no início da década de 1980, devido ao intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de aids, foi o principal arcabouço da política para a aids desenvolvida em âmbito governamental, que contribuiu para fundamentar seus princípios e suas diretrizes (SOUZA et al, 2010).

Na época (1982) em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas, devido ao saber médico e às tecnologias, surgiu a epidemia de aids que, no Brasil, evoluiu como um problema de saúde pública, demonstrando contradições econômicas, culturais e sociais, temáticas relevantes presentes na busca de respostas das políticas públicas no país (MARQUES, 2002). A luta contra a aids deu início na

época da redemocratização do país e de grandes discussões no campo da saúde e da reforma sanitária, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (PAIM, 2009).

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde voltadas para o HIV/Aids caracterizaram-se por quatro fases distintas: a primeira, com o registro dos primeiros casos de aids no Brasil; a segunda, caracterizada pela pressão das ONGs para obterem respostas do Governo Federal; a terceira, marcada pela falta de diálogos entre o governo federal e a sociedade civil; e a quarta fase, culminada pelo empréstimo firmado como banco mundial, passando pelo desenvolvimento dos conhecimentos científicos relacionados à doença até o envolvimento direto da participação dos diferentes segmentos institucionais e sociais voltados para as respostas e as articulações em relação à epidemia (PARKER, 1997; ROCHA, 2003).

No final da década de 1980 e início de 1990 (segunda fase), surgiram as respostas do governo federal, resultado da pressão das ONG e do surgimento do crescente número de programas estaduais e municipais de aids. Ainda nessa fase, os dirigentes do programa nacional foram substituídos, acompanhando as mudanças políticas, uma vez que era necessária uma resposta mais rápida para a epidemia da aids no país (MARQUES, 2002).

A terceira fase da evolução das Políticas Públicas em relação ao enfrentamento da epidemia do HIV/Aids foi de 1990 a 1992, marcada pela ausência de diálogos entre o governo federal e a sociedade civil, dificultando a resposta à epidemia (PARKER, 1997).

A quarta fase, que começou em 1993 e continua até os dias atuais, tem como principal característica a efetivação (por parte do governo federal) da política de controle da epidemia, decorrente de um empréstimo firmado como banco mundial, que passou a manter as ações pragmáticas da política pública de aids no Brasil (PORTELA, 2006), cuja adoção, no país, se deu paralelamente às importantes mudanças políticas, como a Constituição Federal, em 1988, a aprovação do SUS (ANDRADE, 2007). O SUS passou a distribuir medicamentos para as doenças oportunistas e a zidovudina para a aids (GRANGEIRO et al, 2006).

Posteriormente, foram publicadas algumas Leis e Decretos referentes à melhoria da saúde no Brasil, como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142, de 28 de junho de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL; 1990, BRASIL, 2011). Quanto às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e, mais recentemente, em 2011, o Decreto nº 7.508, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

Convém enfatizar que o planejamento da saúde, quanto à prevenção e à assistência, deve se voltar para os jovens, devido ao crescente número dos que vivem com HIV, o que pode estar relacionado ao início mais cedo da vida sexual. Então, podemos considerar várias situações de vulnerabilidade em relação à aids. Diversos fatores, como a não utilização de preservativo em todas as relações sexuais, o elevado número de ocorrências de gravidez na adolescência em jovens de 10 a 19 anos (somado com o aumento da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis), a intensificação do consumo de álcool e outras drogas e a violência sexual praticada contra adolescentes (incluindo o abuso e a exploração sexual comercial), ajudam a esclarecer o motivo de os jovens brasileiros estarem cada vez mais vulneráveis à aids (PEREIRA, 2014; PINHO, 2013).

Para mudar esse cenário, algumas estratégias inovadoras foram estabelecidas, através do protagonismo político e juvenil no contexto das novas metas globais pós-2015- o compromisso mundial com o desenvolvimento e com os direitos humanos, visando fortalecer o enfrentamento à aids na população jovem, um desafio a ser alcançado (UNAIDS, 2012).

Segundo a UNAIDS (2012), a população jovem demanda muita atenção. Um levantamento feito com mais de 35 mil jovens com idades entre 17 e 20 anos indicou que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. O estudo apresenta outro dado importante sobre a escolaridade, pois, quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo HIV. Outro grupo que é diretamente afetado pelo HIV/Aids é o das mulheres. Uma a cada três mulheres sofre algum tipo de violência de gênero durante sua vida e, aproximadamente, 120 milhões de mulheres, no mundo, são agredidas sexualmente ou violentadas antes de completar 20 anos.

No Brasil, a prevenção do HIV/Aids tem sido uma questão crucial para os programas de controle da aids. Nos últimos anos, ocorreu um aumento substantivo no grau de conhecimento científico acerca do vírus. Anos depois do início da epidemia no país, ainda encontramos diversos desafios para a prevenção do HIV/Aids e a vulnerabilidade por causa dos diversos contingentes populacionais, em destaque, a pobreza, as relações de gênero e a intolerância à diversidade (AYRES, 2002).

O Ministério da Saúde, através de uma pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas, apresentou dados importantes sobre a atitude e as práticas dos brasileiros. Apesar de, aproximadamente, 94% da população saber que a camisinha é a melhor forma de prevenir o HIV/Aids, cerca de 45% da população sexualmente ativa, nos últimos 12 meses, não usou preservativos em suas relações casuais (BRASIL, 2014).

O que vem sendo modificado é o comportamento das relações, devido ao número de parceiros sexuais. Essa característica é bem marcante na população jovem. Por causa do panorama da epidemia no Brasil, o Ministério da Saúde promoveu uma campanha publicitária, no período do carnaval, direcionada ao público jovem, objetivando criar estratégias de fortalecimento das ações combinadas de prevenção, o que incluiu o uso de camisinha, o conhecimento da sorologia para o HIV e o tratamento através da Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

Outra proposta de intervenção é a meta 90 – 90 – 90, cujo prazo limite é até 2020. Trata-se de uma meta bastante ambiciosa, que propõe que, até 2020, 90% das pessoas portadoras do HIV conheçam sua sorologia (meta 1), 90% deverão estar em tratamento (meta 2) e (meta 3) que 90% das que estiverem em tratamento com antirretroviral estejam com supressão viral (UNAIDS, 2015).

Para alcançar a meta 1, são necessárias estratégias de testagem proativas, uma vez que não basta o indivíduo saber sua sorologia. Depois de reconhecer o próprio risco e buscar uma iniciativa para saber sua sorologia, deve-se avançar para além dessa metodologia, buscando as populações-chaves (adolescentes, jovens, gays, travestis, usuários de drogas e profissionais do sexo) e espaços geográficos e populacionais, promovendo testagem dirigida (UNAIDS, 2015). Para a meta 2, será necessária a cobertura elevada de tratamento, através do alinhamento das diretrizes nacionais. Para isso, recomenda-se a terapia antirretroviral a todas as pessoas diagnosticadas com infecção por HIV, independentemente do exame de CD4 (UNAIDS, 2015). Já a meta 3 exige intensificados esforços dos serviços e profissionais de saúde, objetivando a adesão aos antirretrovirais sem interromper o tratamento do HIV/Aids e o monitoramento contínuo da carga viral, essencial para otimizar o tratamento (UNAIDS, 2015).

Se as metas ambiciosas forem alcançadas, incluindo a ampliação rápida do tratamento até 2020, a epidemia da aids deixará de ser uma das principais ameaças à saúde global até 2030 (UNAIDS, 2015). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, publicou a portaria nº 1.271, no Diário Oficial da União de 6 de junho de 2014, em que estão listadas como doenças de notificação compulsória, em todo o território nacional, a infecção pelo HIV/Aids e pelo HIV (BRASIL, 2015).

Em dezembro de 2014, foi publicado o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para o manejo das infecções pelo HIV em adultos, objetivando estimular o início do tratamento antirretroviral para todas as pessoas portadoras do HIV/Aids, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade, associada à aids, a transmissão do HIV e melhorar a vida dessas pessoas (BRASIL, 2014).

Na última Conferência sobre retrovírus e infecções oportunistas, realizada em fevereiro de 2015, nos Estados Unidos da América, foram apresentados diversos resultados de estudos sobre as descobertas que impulsionaram a resposta global ao HIV/Aids. Nesse evento, destaca-se um estudo africano, que avaliou os benefícios inerentes ao início precoce do Tratamento Antirretroviral- TARV em pacientes com células de defesa (CD4) acima de 50, em um cenário de alta incidência de tuberculose e outras infecções bacterianas. Os resultados indicaram que o TARV e a profilaxia com isoniazida precoces reduzem drasticamente o risco de morbidade severa (BRASIL, 2015).

Outros estudos (sobre a Profilaxia Pré-exposição - PREP) realizados em HSH soronegativos com práticas de sexo anal sem preservativos mostram que esses homens usaram diariamente (durante 90 dias anteriores) tenofovir/emtricitabina e obtiveram como resultado que não houve aumento de infecções sexualmente transmissíveis na população do estudo, portanto, concluíram que o uso da PREP entre HSH reduz, de forma significativa, a incidência da infecção por HIV em população de alto risco; Quanto à prevenção feminina, o resultado não foi animador, porque a eficácia do gel microbicida de tenofovir foi insuficiente em 1% para prevenir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2015).

Assim, é preciso que haja uma atenção especial no acompanhamento da saúde dos adolescentes e jovens com HIV/Aids, tendo em vista diversas modificações em seu metabolismo. Os adolescentes devem ser acompanhados e avaliados a cada três meses por profissionais de saúde, nas dimensões clínicas e psicológicas. A TARV modificou o curso da epidemia da aids, alterou sua evolução e tendência, e os números da morbidade e da mortalidade diminuíram consideravelmente. Outros fatores que contribuíram diretamente para os resultados citados foram as ações de prevenção, controle, profilaxia e manejo clínico das infecções oportunistas. Assim, a aids se tornou uma doença crônica (SCHAURICH, 2006).

No Brasil, a população de adolescentes e jovens que vivem com aids, hoje, é composta de dois grupos: o primeiro nasceu infectado pelo vírus, devido à condição sorológica materna positiva para o HIV/Aids, que não foi tratada corretamente durante a gestação e na hora do parto; e o segundo se infectou por via sanguínea, que pode ser sexual ou por uso de drogas, portanto, transmissão vertical e transmissão horizontal respectivamente (RIBEIRO, 2010).

Como a aids se tornou uma doença crônica, é preciso fazer um planejamento para implantar e fortalecer o cuidado dispensado às pessoas que vivem com o HIV/Aids. A população jovem necessita de serviços e profissionais qualificados para atenderem a essa demanda, já que o perfil dos jovens é bem diferenciado, e de um forte vínculo por parte do

público jovem com o serviço e sua oferta, para que haja segurança e compromisso durante o tratamento (RIBEIRO, 2010).

Alguns fatores influenciam negativamente a continuidade do tratamento, como a estrutura dos serviços, a distância entre o serviço e o local de residência do jovem, a qualidade da oferta dos serviços ofertados, o cotidiano social e o vínculo com a equipe. Cabe aos gestores a função de aprimorar a oferta do cuidado para a população jovem, visando favorecer a continuidade do tratamento clínico, na adesão ao TARV e na promoção da educação em saúde para prevenir a transmissão do HIV, fortalecidos através de grupos terapêuticos e consultas individuais, oportunizando uma assistência integral e humanizada, de modo que adolescentes e jovens sejam contemplados nas dimensões biológicas, sociais, clínicas, subjetivas e éticas (RIBEIRO, 2010).

Portanto, os profissionais dos serviços têm uma dupla tarefa, ao atender a essa população, porquanto deverão atender às demandas específicas da condição sorológica e às da fase de crescimento e desenvolvimento. Para tal, é necessário implantar e implementar ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção do adoecimento dessa população, aprimorar o acesso ao serviço, o vínculo com os profissionais e a capacitação permanente da equipe multiprofissional, para que se possa construir um espaço próprio para os adolescentes, adotar estratégias de educação em saúde e de cuidado coerentes com a fase da adolescência, subsídios para adesão ao TARV, entre outros. Essa é uma forma de cuidar compartilhando os saberes entre a equipe de saúde, os familiares e os próprios adolescentes, com vistas ao desenvolvimento da autonomia para o cuidado de si (RIBEIRO, 2010).

4. Percurso metodológico

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal e de abordagem quantitativa, por considerar como unidade de análise um grupo de pessoas de uma área geográfica definida e avaliar a evolução da doença ao longo do tempo (MEDRONHO, 2009).

Por meio da abordagem ecológica, podem-se visualizar tendências da epidemia no espaço urbano e identificar locais com maior concentração de casos e riscos (STEPHAN; HENN; DONALISIO, 2010).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no estado da Paraíba, através do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde, com a utilização de banco de dados secundários dos registros de casos no Sistema de Informações de Agravos de Notificações – (Sinan), disponibilizados pela Gerência Executiva de Vigilância em Saúde do Estado.

A Paraíba tem uma área de 56.469, 778 Km², com uma população de 3.943.885 habitantes, distribuídos em 223 municípios, e organiza-se, administrativamente, em quatro macrorregiões de saúde (Figura 1), conforme a resolução CIB nº 13/2015 (PARAÍBA, 2015).

Figura 1 – Distribuição dos municípios por macrorregião de saúde na Paraíba



4.3 População do estudo

O estudo considerou a base populacional de 329 casos de aids na população jovem, na faixa etária de 15 a 24 anos, notificados no Sinan, por ano de diagnóstico no Estado, durante o período de 2007 a 2014. A delimitação desse período inicial do estudo corresponde à implantação do Programa Sinan/Net pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). A denominação dessa faixa etária, como população jovem, corresponde ao limite estabelecido pelo Estatuto da Juventude, pela Lei nº. 12.852, de 05 de agosto de 2013, que estabelece os direitos dos jovens, os princípios e as diretrizes das políticas públicas de juventude (BRASIL, 2013).

Para delimitar a população jovem, foram considerados como critério de inclusão os casos registrados com, pelo menos, 50% das variáveis (sociodemográficas e epidemiológicas) contempladas no banco de dados do Sinan.

4.4 Procedimentos para a coleta e a análise de dados

A coleta dos dados foi iniciada depois de concluídas as formalidades éticas e administrativas, através do contato prévio com a Gerência Executiva de Vigilância em Saúde do Estado Paraíba e formalizado através da assinatura do Termo de Anuência e a Declaração de Autorização para a Utilização de Banco de Dados Secundários (Apêndice A).

Liberado o acesso aos dados secundários registrados no Sinan do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Estado, seguiu um refinamento do banco de dados com identificação das variáveis de interesse para o estudo (idade, sexo, escolaridade, raça, município de residência, ocupação e modo de transmissão), que constam na Ficha de Notificação/Investigação de aids (Anexo A) e a Declaração do Comitê de Ética (Anexo B). Os dados foram transportados para uma planilha do programa Excel e processados pelo Software Statistic versão 9.0, utilizando a estatística descritiva de frequência absoluta e relativa, distribuída pelas macrorregiões.

Para calcular as taxas de incidência temporal, por macrorregião de saúde, foi considerada a população jovem da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referente aos anos de 2007 a 2009 (IBGE, 2007). O censo demográfico brasileiro para os anos posteriores (2011 e 2012) e a projeção dessa população referentes aos anos de 2013 e 2014, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010; 2013).

Os denominadores para esse cálculo foram baseados na estimativa do número da população jovem e do local de residência, utilizando-se a base operacional de 100 mil habitantes.

O cálculo do Risco Relativo (RR) foi estabelecido pela razão da taxa de incidência entre as macrorregiões de saúde pela taxa de incidência do Estado referente a cada ano estabelecido. O RR referente aos anos 2013 e 2014 não foi realizado por causa da indisponibilidade de dados pelo órgão responsável pelo censo demográfico quanto da população jovem por cada macrorregião de saúde do Estado nesses períodos.

Para representar espacialmente com mapas coropléticos o RR das macrorregiões de saúde, foi utilizado o programa Tabwin versão 3.2, que permitiu análises primárias, como a identificação de macrorregiões de saúde que apresentaram os maiores e os menores riscos de ocorrência da doença. O RR foi dividido em intervalos de classes e, previamente, foi estabelecida uma cor para cada intervalo.

Os mapas de risco foram dispostos segundo o ano de ocorrência e a variável estudada (macrorregião de saúde). Para interpretá-los, definiram-se os seguintes critérios (Figura 2):

Figura 2 – Interpretação das classes de risco relativo com variação de < 0,5 a 2,0

Risco relativo	Interpretação do risco relativo
< 0,5	A incidência de desfecho na Macrorregião foi menor do que 0,5, ou seja, inferior em mais de 50% em relação ao grupo de comparação.
0,5 a 1,0	A incidência de desfecho na Macrorregião variou entre 0,5 a 1,0, ou seja, inferior em menos 50%.
1,0 a 1,5	A incidência de desfecho na Macrorregião variou entre 1,0 a 1,5, ou seja, superior em até 50% em relação ao grupo comparado.
1,5 a 2,0	A incidência de desfecho na Macrorregião variou entre 1,5 a 2,0, ou seja, com valores entre 50% a 100% superiores ao grupo comparado.

4.5 Aspectos éticos

O estudo atendeu às disposições contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). A proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo nº 0409/15 e CAAE 46748815.9.0000.5188.

O estudo dispensou a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preconizado pela referida resolução, por não envolver um contato direto com os indivíduos notificados com a aids durante a coleta dos dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização sociodemográfica e epidemiológica da população jovem que vive com aids por macrorregiões de saúde na Paraíba

Dos 329 casos de jovens com idades entre 15 e 24 anos, notificados com aids, na Paraíba, durante o período de 2007 a 2014, verifica-se um maior registro de casos no ano de 2014 (61/18,5%), com mais frequência do sexo masculino na evolução temporal da doença (199/60,4%).

Considerando-se a razão (Rz) dos casos de sexos (homem/mulher), verifica-se uma razão de 2:1 casos em homem para cada mulher, durante o período de 2007 a 2013, com uma elevação na razão de 3:1 casos no ano de 2014 (Tabela1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de aids entre jovens segundo ano de notificação, sexo e razão de sexo. Paraíba, Brasil, 2007 a 2014 (n=329)

ANO	SEXO						TOTAL
	M		F		Rz		
	n	%	n	%	n	%	
2007	17	5,2	15	4,5	32	9,7	1,1:1
2008	12	3,6	09	2,7	21	6,3	1,3:1
2009	23	7,0	21	6,4	44	13,4	1,1:1
2010	25	7,6	17	5,2	42	12,8	1,5:1
2011	31	9,4	19	5,8	50	15, 2	1,6:1
2012	24	7,3	21	6,5	45	13, 8	1,1:1
2013	21	6,4	13	3,9	34	10, 3	1,6:1
2014	46	14,0	15	4,5	61	18,5	3,0:1
Total	199	60, 4	130	39, 6	329	100, 0	1,5:1

Fonte: SVE/SES - Sinan- Paraíba, 2007-2014.

O aumento de registros de casos de aids na população jovem evolui com uma oscilação temporal de aumento e redução de casos, com uma tendência a se elevar. Essa evolução nesse grupo populacional pode ser justificada pelas características inerentes a essa fase de desenvolvimento humano, em que a cognição e as tomadas de decisões favorecem essa população a passar por situações de vulnerabilidade (OMS, 2010).

Estudos indicam que, quanto mais cedo ocorre a primeira relação sexual, menores as chances de os jovens utilizarem algum método contraceptivo (ALMEIDA, AQUINO; GAFFIKIN; MAGNANI, 2003; LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004). Nesse sentido, mesmo assumindo a iniciação sexual como um evento relativamente comum entre os adolescentes, os autores acima citados chamam a atenção para a importância da forma como ocorrem essas relações devido ao seu impacto na saúde dos jovens.

Apesar do crescente acesso às informações referentes à sexualidade e à interiorização das normas contraceptivas entre os jovens, a adoção de prática sexual segura ainda é bastante frágil. A continuidade e a manutenção de uma prática espontaneísta e pouco reflexiva da sexualidade entre os jovens – característica da cultura sexual brasileira – reforça os estereótipos de gênero, dificulta a adoção de medidas preventivas à gravidez e às DST/Aids e pode contribuir para se compreender a juvenização da aids (HEILBORN, 2006).

No Brasil, desde 1980 até 2015, foram registrados 798.366 casos de aids- 519.183 (65%) em homens e 278.960 (35%) em mulheres. Os casos em mulheres aumentaram até o ano de 2008. Por causa disso, a razão de sexo expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres apresentou redução de até 15 casos em homens para dez casos em mulheres. No entanto, a partir do ano de 2009, no país, houve uma redução nos casos de aids em mulheres e aumento em homens, refletindo na razão de sexo que passou a ser de 18:10 casos em 2013 (BRASIL, 2015).

Quanto à população jovem do Brasil, a razão de sexo varia de acordo com a faixa etária. Nesse sentido, há uma tendência de aumento de casos entre os jovens de 13 a 19 anos com mais participação dos homens em 2014. Existem 60% a mais de homens do que de mulheres (razão de sexos de 16 casos em homens para cada 10 casos em mulheres). Entre os indivíduos com 20 anos ou mais, à medida que aumenta a idade, a razão de sexo diminui, o que indica que há uma participação maior das mulheres nas faixas etárias de mais idade (BRASIL, 2015).

Na Paraíba, a taxa de detecção (por 100.00 hab) da população geral variou entre 8,6 em 2003 a 11,7 em 2014, enquanto na população jovem do ano de 2007 até 2014 foram 329 casos de jovens de 15 a 24 anos, desses, em 2007, para cada 17 casos notificados em homens, 15 eram notificados em mulheres; para cada 46 casos notificados em homens, 15 eram notificados em mulheres, com uma razão de sexo de 1,1:1, em 2007, e de 3,0:1, em 2014 (PARAÍBA, 2015).

Nos aspectos sociodemográficos da população jovem com aids, predominam casos na faixa etária de 22 a 24 anos (187/100%), e no sexo masculino (199/100%), em todas as

Branca	58	69,0	14	16,6	04	4,8	08	9,6	84 (100)
Preta	05	50,0	03	30,0	02	20,0	-	-	10 (100)
Parda	162	72,4	33	14,7	15	6,7	14	6,2	224 (100)
Outras	03	10,0	-	-	-	-	-	-	03 (100)
Não informado	-	-	-	-	04	50,0	04	50,0	08(100)
Total	228	69,3	50	15,2	25	7,5	26	8,0	329(100)
Escolaridade									
Analfabeto	14	82,4	02	11,8	-	-	01	5,8	17 (100)
Fundamental	125	72,2	21	12,2	14	8,0	13	7,6	173 (100)
Médio	56	71,8	12	15,4	05	6,4	05	6,4	78 (100)
Superior	17	81,0	04	19,0	-	-	-	-	21 (100)
Não informado	05	12,5	06	15,0	14	35,0	15	37,5	40(100)
Total	217	66,1	45	13,6	33	10	34	10,3	329(100)
Zona									
Rural	18	60,0	03	10,0	02	7,0	07	23,3	30 (100)
Urbana	211	70,7	51	17,0	19	6,3	18	6,0	299 (100)
Total	229	70,0	54	16,4	21	6,4	25	6,4	329(100)
Ocupação									
Dona de casa	44	62,0	15	21,2	06	8,4	06	8,4	71(100)
Estudante	29	66,0	12	30,0	02	5,0	01	2,5	44 (100)
Agropecuário	17	60,8	05	17,9	02	7,1	04	14,2	28 (100)
Desempregado	-	-	03	100,0	-	-	-	-	03 (100)
Presidiário	-	-	-	-	02	100	-	-	02 (100)
Outros	48	60,0	09	11,2	11	13,8	12	15,0	80 (100)
Não informado	78	77,2	14	13,8	03	3,0	06	6,0	101(100)
Total	212	64,4	58	17,6	30	9,1	29	8,8	329(100)

Fonte: SVE/SES - Sinan- Paraíba, 2007-2014.

A predominância de registros de casos do HIV na população jovem masculina corrobora o foco dado às situações de vulnerabilidade de homens jovens brasileiros, que vêm sendo movidas pelos processos culturais e, muitas vezes, ancoradas na hipótese explicativa de que os homens são associados diretamente à virilidade, a impetuosidade da ideia de que é natural do homem correr riscos e de o desejo sexual masculino ser incontrolável (BUCHALLA, 2002).

Devido a essa realidade, a sexualidade ainda é tratada de forma diferente para homens e mulheres. Ainda hoje, os meninos/homens são estimulados a ser fortes e viris e a reforçar sua masculinidade e sua iniciação sexual precoce, enquanto as meninas/mulheres são incentivadas a atrasar ao máximo sua primeira relação sexual e, preferencialmente, que se casem virgens.

Na prática, essas expectativas sociais entram em choque com as crenças dos adolescentes e suas dinâmicas estabelecidas nas relações com os seus pares (GUBERT; MADUREIRA, 2009).

Nas últimas décadas, a discussão acerca da saúde do homem vem sendo ampliada, com a necessidade de novas formas de dialogar com outras particularidades, como raça/etnia, faixa etária, classe social e novos olhares referentes às masculinidades e à relação direta com o processo saúde/doença (ALVES, 2003; SAN FRANCISCO, 2002).

No cenário dessa discussão, destacam-se os homens jovens, que são apontados como mais vulneráveis à infecção do HIV/Aids do que os adultos (GUERREIRO, 2002; VILLARINHO, 2002), o que intensifica o aumento da incidência de HIV/Aids nos grupos representados por adolescentes e jovens (RIOS, 2003). As relações de gênero, as condições de vida desfavoráveis e o contexto sociocultural em que vivem as mulheres contribuem para a transmissão sexual do HIV, portanto, o discurso da feminização da aids envolve questões biológicas e socioculturais (TAKASASHI, 1996; DOURADO, 2006).

Estudos demonstram que as questões de poder, de gênero e de sexo (do masculino sobre o feminino) estão diretamente ligadas ao comportamento sexual feminino, por causa da condição de submissão, da falta de autonomia feminina e das questões morais de preconceitos e de tabus sofridas pelas mulheres (SCHNEIDER; RIBEIRO; GUBERT, 2009).

A desigualdade dos sexos é um fator que dificulta a adoção de condutas protetoras diante do HIV para os jovens, uma vez que meninas tendem a manter relação sexual somente com um parceiro, o que indica que vive numa relação de confiança (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2011).

Estudos ainda relacionados às questões de gênero e sexo enfatizam a susceptibilidade da mulher quanto à dominação do homem, em que ela é marcada pelo conformismo, pela dificuldade de negociar o uso do preservativo, as situações que geram violência e susceptibilidades, enquanto o sexo masculino tem a liberdade do exercício sexual (SCHNEIDER; RIBEIRO; GUBERT, 2009; TAQUETTE, 2004).

Para Borges e Nakamura (2009), as adolescentes e as mulheres jovens sofrem pressão de seus namorados para iniciarem sua vida sexual, por receio de que os meninos/homens procurem outras parceiras que possam satisfazer suas “necessidades” e, na maioria das vezes, elas acabam cedendo. As meninas/mulheres, portanto, consideram inevitável que a relação sexual ocorra antes do casamento, porém estabelecem algumas regras para que isso ocorra. Segundo elas, a primeira relação sexual deveria ocorrer em um contexto de afeto, compromisso e discrição, sem multiplicidade de parceiros. Para os meninos, por sua vez, o

aspecto mais importante do que a virgindade é a fidelidade. Tanto os meninos/homens quanto as meninas/mulheres admitem acreditar que os homens estão sempre dispostos ao sexo e que aqueles que permanecem virgens seriam suspeitos de ter algum problema.

Deve-se considerar, ainda, que a maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis assintomáticas ocorrerem na população feminina, devido a uma maior vulnerabilidade biológica à infecção pelo HIV e ao maior risco de infecção no intercuro sexual. Ainda nesse aspecto, ocorrem situações de ordem subjetiva relacionadas diretamente às desigualdades de gênero e de sexo a que as mulheres estão expostas, particularmente as de segmentos sociais menos favorecidos (TOMAZELLI, 2003).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em suas ações programáticas voltadas para o controle e o combate do aids, leva em consideração as questões de gênero, poder, sexo, homofobia e sexismo, por compreender que essas questões vulnerabilizam os sujeitos no plano individual, social e programático (PAIVA, 2006).

A prevalência da raça/cor parda em macrorregiões de saúde(224/68%) se deve à predominância (62,8%) dessa raça no estado da Paraíba (IBGE, 2010) e aponta para mais vulnerabilidade dos afrodescendentes em relação ao HIV no Brasil, onde os casos de aids vêm aumentando entre a população mais pobre, na qual os afrodescendentes se encontram em maior proporção (BRASIL, 2015).

A relação entre raça/cor e aids transpassa construções históricas, políticas, ideológicas e culturais, que antecedem a aquisição do vírus (ALVES, 2007). A desigualdade racial influencia o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, define a proporção do acesso aos serviços de saúde, moradia, informação, bens materiais e acarreta mais incidência do HIV/Aids sobre essa população (ALBUQUERQUE; MOCO; BATISTA, 2010).

Quanto às condições de risco em mulheres não brancas diante do HIV, estudo realizado em São Paulo, de 1999 a 2000, ao analisar características relacionadas à vulnerabilidade da mulher com aids, segundo raça/cor da pele, constataram-se desvantagens na exposição ao risco à saúde. Esse grupo foi apontado como menor nível socioeconômico e menor grau de escolaridade (LOPES, 2007).

A baixa escolaridade registrada nos jovens com aids, nas macrorregiões do estado, reflete a disseminação do vírus nessas camadas populacionais e, conseqüentemente, mais pobres, que aponta para mais susceptibilidade desse grupo, possivelmente pela falta de acesso aos meios de prevenção e de informação (SOUSA; SANTA, 2012; BRITO; CASTILHO, 2001). Entre os determinantes para a transmissão das DST e sua alta vulnerabilidade entre jovens, destacam-se a pouca utilização ou o uso descontinuado do preservativo, a baixa

escolaridade, a variabilidade ou multiplicidade de parceiros, a imaturidade psicossocial (sentimentos de onipotência) e a não adesão aos métodos preventivos (COSTA; SANTOS; SANTANA, 2011).

A transmissão do HIV/Aids em mulheres acentua-se em populações com um nível menor de escolaridade e de renda, com acesso restrito aos serviços de saúde e às políticas de prevenção da infecção pelo HIV (TOMAZELLI, 2003).

Em relação à localização da residência dos jovens nas macrorregiões, os casos de aids se concentram na região urbana (299) em relação à rural (26), com a concentração de casos em regiões urbanas que acompanham a tendência das cidades-pólo das macrorregiões de saúde do Estado. Essa tendência pode estar associada a uma oferta maior de testagem para o HIV na atenção básica, a partir de 2011, ainda pelo acesso aos serviços especializados e um maior número de profissionais médicos infectologistas na zona urbana, promovendo o início ou a continuidade do tratamento de forma mais rápida e qualificada para o usuário, favorecendo uma maior busca dos jovens por esses serviços e, conseqüentemente, os registros de casos para a região urbana.

Outra explicação para essa concentração de casos na região urbana se deve à existência do preconceito e da discriminação, que contribuem para que os jovens busquem outros municípios para fazer seus exames e se tratar, inviabilizando as notificações nos municípios de origem.

Estudo analisou os padrões das desigualdades geográficas e sociais no Brasil, no período de 1999 a 2003, e constatou que o acesso aos serviços de saúde, no país, é influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem, e que quanto pior o grau de desenvolvimento local, maior o dano ao acesso aos serviços (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Assim, a localização geográfica dos serviços de saúde tem fundamental importância, uma vez que a distância em relação à residência diminui a eficiência da assistência em saúde (SOUSA UNGLERT, 1990).

As características epidemiológicas se definem pelo modo como o HIV é transmitido na população jovem nas macrorregiões, pelas vias sexuais e os tipos de relações (heterossexual, homossexual e bissexual), sanguínea e vertical (drogas, hemofilia, transfusão, material biológico).

O modo de transmissão por via sexual (relação heterossexual, homossexual e bissexual) lidera, com um total de 256/77,8% casos registrados na população jovem nas macrorregiões do estado, no período de 2007 a 2014. O registro total de casos (16/4,9%) por

via sanguínea (drogas, hemofilia), nas macrorregiões I e III, transmissão vertical (14/4,2%), em todas as macrorregiões de saúde, e homossexual feminino (02/0,6%), na macrorregião I, também merecem destaque no contexto da infecção viral (Tabela 3).

Tabela 3 –Características epidemiológicas de jovens com aids quanto ao modo de transmissão por macrorregião na Paraíba -Brasil, no período 2007 a 2014 (n= 329)

	Macro I		Macro II		Macro III		Macro IV		Total n (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Modo de transmissão Sexual									
Heterossexual	123	67,2	31	17,0	14	7,6	15	8,2	183 (100)
Homossexual									
Masculino	37	74,0	07	14,0	02	4,0	04	8,0	50 (100)
Feminino	02	100	-	-	-	-	-	-	2 (100)
Bissexual	19	90,6	01	4,7	01	4,7	-	-	21 (100)
Ignorado	51	70,0	15	20,5	04	5,4	03	4,1	73 (100)
Total	232	70,5	54	16,5	21	6,4	22	6,6	329 (100)
Sanguíneas									
Drogas	07	87,5	-	-	01	12,5	-	-	8 (100)
Hemofilia	07	87,5	-	-	01	12,5	-	-	8 (100)
Transfusão	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mater.biológico	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vertical	03	21,4	07	50,0	01	7,1	03	21,4	14 (100)
Total	17	55,6	07	23,3	03	10,0	03	10,0	30 (100)

Fonte: SVE/SES - Sinan- Paraíba, 2007-2014.

O modo de transmissão sexual do HIV permanece apresentando importância na evolução dos casos. Na Paraíba, os registros de casos de aids, por via sexual, em jovens acompanham a evolução de casos no Brasil. Em 2014, essa categoria de exposição ao vírus correspondeu a 95,4% dos casos em homens e 97,1% em mulheres no país, com uma tendência de aumento na proporção de casos de homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos 10 anos, quando foram registrados 34,9% de casos em 2005 e 44,9% dos casos em 2014 (BRASIL, 2015).

Os dados acima reforçam que a Paraíba vem acompanhando a tendência do Brasil, quando os indivíduos com mais de 13 anos apresentam a via sexual como o principal modo de transmissão, tanto entre homens quanto entre mulheres (BRASIL, 2015). O registro de jovens na categoria homossexual feminino 02 (0,6%), notificados na macrorregião de saúde I, desperta para a possibilidade de uma nova tendência de a doença evoluir.

Quanto aos modos de transmissão, os resultados na variável sanguínea foram os casos de notificação em usuários de drogas (8/2,4%) e portadores de hemofilia (8/2,4%), ambos nas macrorregiões de saúde I(7/87,5%) e III(1/12,5%).No Brasil, no ano de 2014, apenas a Região

Sul apresentou a maior proporção de usuários de drogas. Nas outras regiões, vem ocorrendo uma diminuição, ao longo dos anos, em todo o Brasil (BRASIL, 2015). O fato de não ter ocorrido nenhum registro de transmissão por material biológico, nas macrorregiões de saúde, na faixa etária estudada, pode ser compreendido pelo fato de a ocupação dos jovens não se caracterizar por atividades de manipulação desse material.

Os registros de casos de transmissão vertical, em todas as macrorregiões de saúde, refletem a efetiva qualificação e implantação do teste rápido de sífilis, hepatite B e C e anti-HIV na atenção básica de saúde em 90% dos municípios da Paraíba a partir do ano de 2011. Os profissionais de rede de atenção básica de saúde passaram a ofertar o teste rápido de HIV no pré-natal. Além disso, o cumprimento do protocolo da Rede Cegonha estabeleceu uma rotina de testagem para as gestantes na primeira consulta e no sétimo mês de gestação, o que resultou no fortalecimento do pré-natal e favoreceu o diagnóstico precoce, oportunizando o início do tratamento e diminuindo os casos de crianças expostas e de transmissão vertical (BRASIL, 2011).

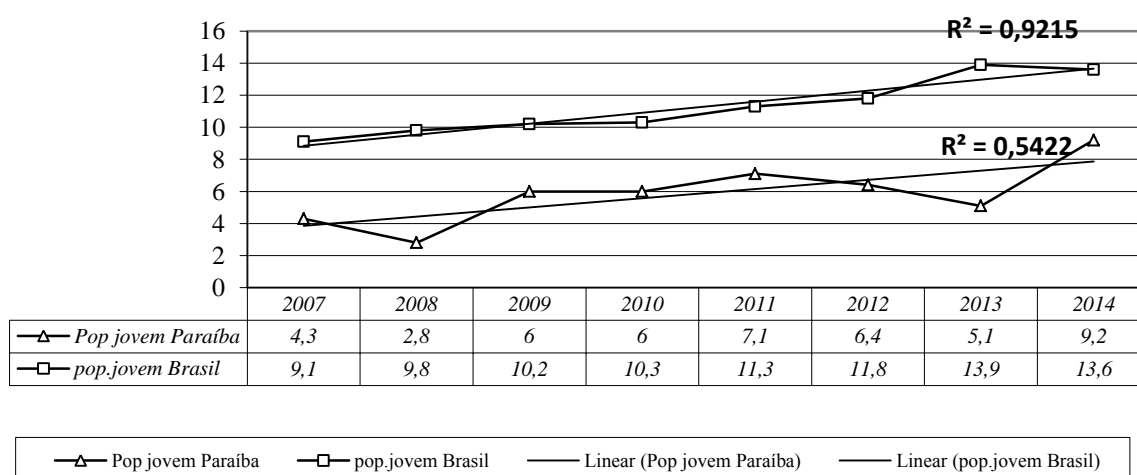
5.2 A incidência e o risco da aids na população jovem por macrorregiões de saúde, na Paraíba, no período de 2007 a 2012

A incidência da aids, no estado da Paraíba, acompanha evolução de elevação temporal do país, ao verificar, no ano de 2008, que o estado registrou, em 2014, uma taxa menor de incidência (2,8 casos/ 100 mil hab) e uma maior de elevação (9,2casos/100 mil hab) (Figura 3).

Na Paraíba, a distribuição temporal da taxa de incidência, no período de 2009 a 2011, registra uma elevação linear da população jovem no estado em relação ao país. Essa tendência linear declina no ano de 2012 acompanhando o país, porém, no ano de 2013, a Paraíba se destacou, quando registrou um declínio da taxa que se contrapôs à tendência de elevação do país. Em números absolutos, a população jovem do Estado teve um decréscimo no período estudado. Em 2007, o grupo era composto de uma população jovem de 736.250, e em 2014, 660.286 jovens com idades entre 15 e 24 anos (IBGE, 2013).

Apesar de, em 2014, a população jovem ter se reduzido no estado da Paraíba, nesse mesmo ano, o cenário da aids tornou-se preocupante, porque apresentou uma elevação da tendência (9,2 casos por 100 mil habitantes) acompanhando a tendência no país (11,8 casos para 100 mil habitantes).

Figura 3 – Tendência linear da incidência de aids na população jovem da Paraíba e do Brasil no período de 2007 a 2014.

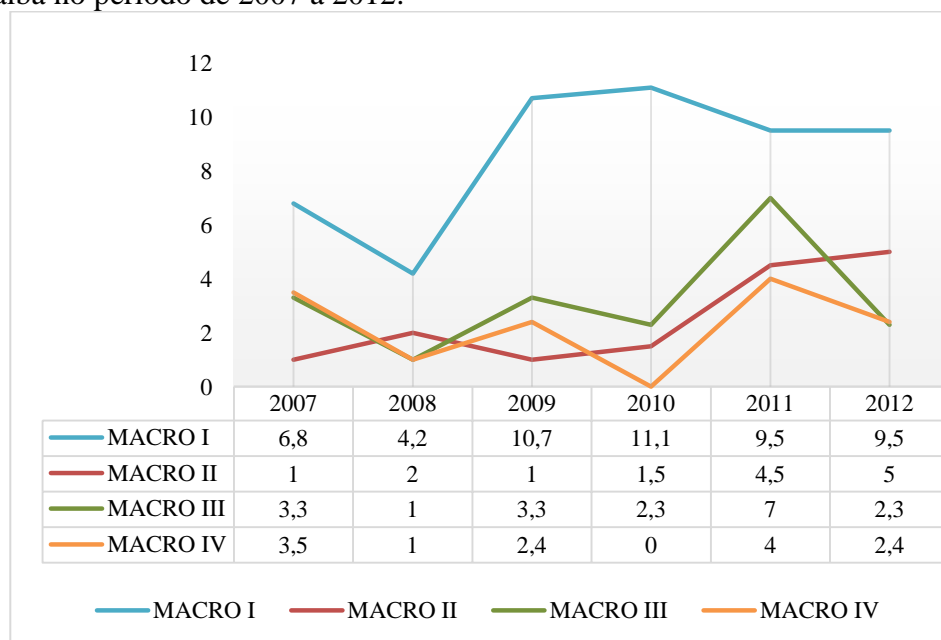


Com a implantação dos testes rápidos na rede de atenção básica do Estado da Paraíba, foi possível compreender a elevação dos diagnósticos na população jovem da Paraíba, uma

vez que as pessoas passaram a ter acesso ao teste anti- HIV e foi oportunizado o diagnóstico mais precoce e, conseqüentemente, mais rápido o início do tratamento.

Em relação às taxas de incidência por macrorregião de saúde, nos anos de 2007 a 2012, a macrorregião de saúde I apresentou a maior incidência (passou de 6,8, em 2007, para 9,5 em 2012) de casos, quando comparada com as outras macrorregiões de saúde. Na macrorregião de saúde II, mostra uma progressão gradativa na evolução temporal da doença (em 2007 de 1, 0 para 5, 0 em 2012). Nas demais macrorregiões III e IV, suas incidências oscilam (Gráfico 1).

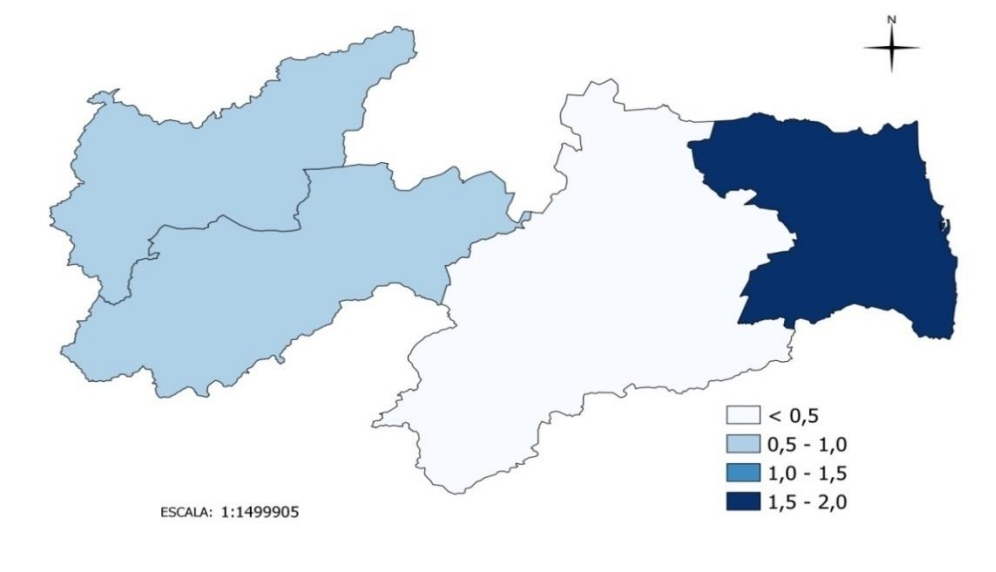
Gráfico 1 – Incidência dos casos notificados de jovens com aids, por macrorregião de saúde na Paraíba no período de 2007 a 2012.



Em relação ao RR, expostos nos mapas coropléticos das macrorregiões de saúde do Estado referente ao período de 2007 a 2012, observa-se a evolução da aids na população jovem do Estado, onde o RR apresentou uma variação inferior em mais de 50% e até 100% por 100 mil habitantes.

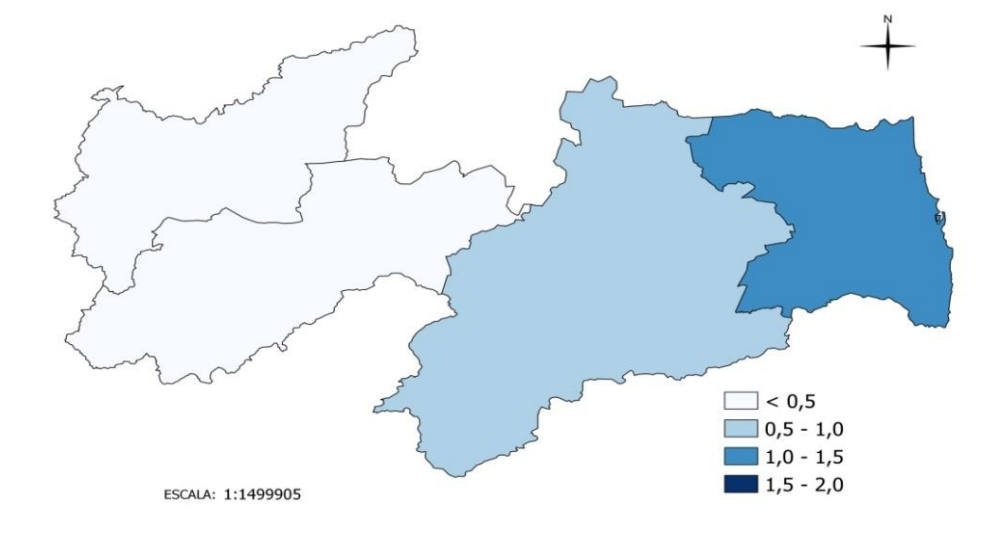
Verifica-se que a macrorregião de saúde I, no ano de 2007, apresentou o risco de ocorrência da aids que variou de 1,5-2,0, ou seja, com valores entre 50% a 100% superiores aos grupos comparados e às macrorregiões III e IV, com variação de 0,5-1,0, isto é, inferior em menos 50% (Figura 4).

Figura 4 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil - 2007



Observando o mesmo risco no ano de 2008, a macrorregião de saúde I apresentou um declínio do RR (de 1,5-2,0 para 1,0-1,5), acompanhado pelas macrorregiões III e IV (de 0,5-1,0 para < 0,5) (Figura 5).

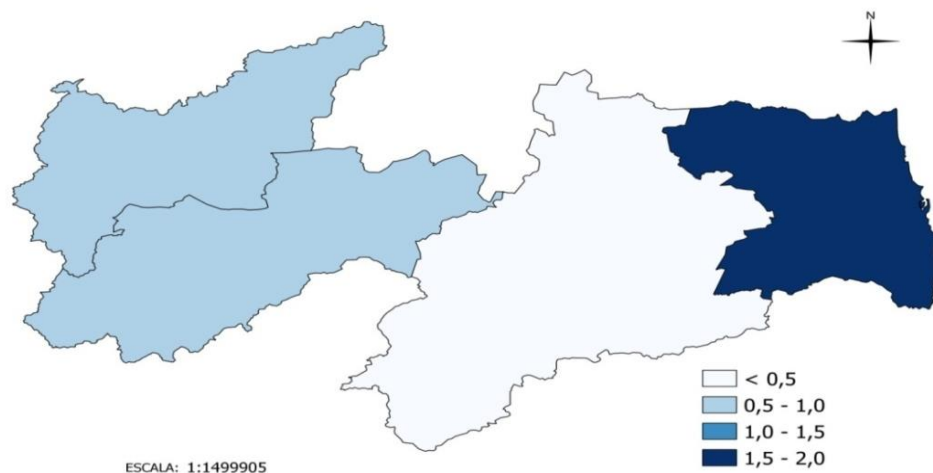
Figura 5 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil -2008



No ano de 2009, o cenário do RR para o HIV nas macrorregiões apresenta um comportamento diferenciado do ano de 2008 nas macrorregiões I (1,5 -2,0), III e IV(0,5-1,0)

com uma elevação significativa do risco (superior em até 50%), enquanto a macrorregião II ($<0,5$) registra um declínio do risco inferior a 50% (Figura 6).

Figura 6 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil -2009



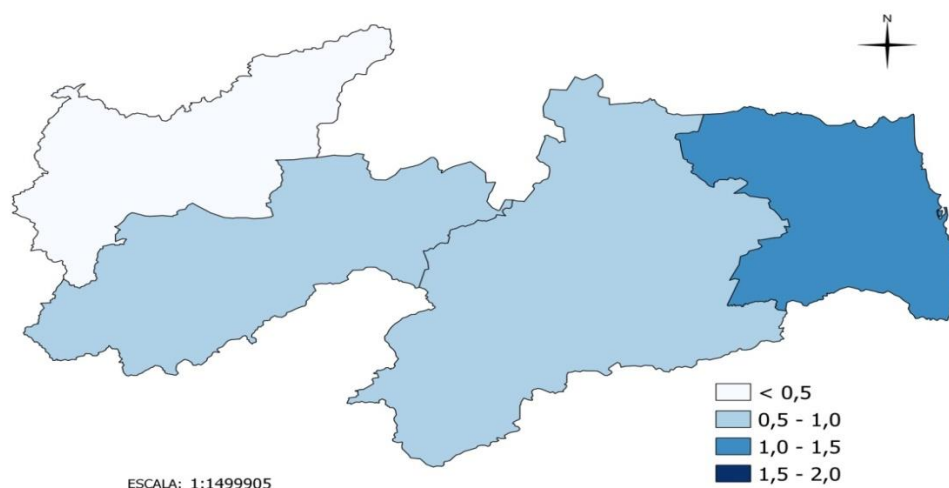
Verificando o comportamento da aids, no ano 2010, nas macrorregiões, em relação aos anos expostos, identifica-se que as macrorregiões III e IV se destacam com uma redução do risco em relação ao ano de 2009 (0,5-1,0) para inferior em mais de 50% ($<0,5$) e a macrorregião I permanece demandando a atenção em relação ao risco, que variou entre 50% e 100% superiores ao grupo comparado (1,5-2,0) (Figura 7).

Figura 7 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil -2010.



No ano de 2011, as macrorregiões II e III não permaneceram com o comportamento da aids em relação ao ano anterior (2010), ou seja, o RR evoluiu para inferior em menos de 50%. A macrorregião I também apresentou outra evolução, pois reduziu o RR para superior em até 50% em relação ao grupo comparado com o ano de 2010 (Figura 8).

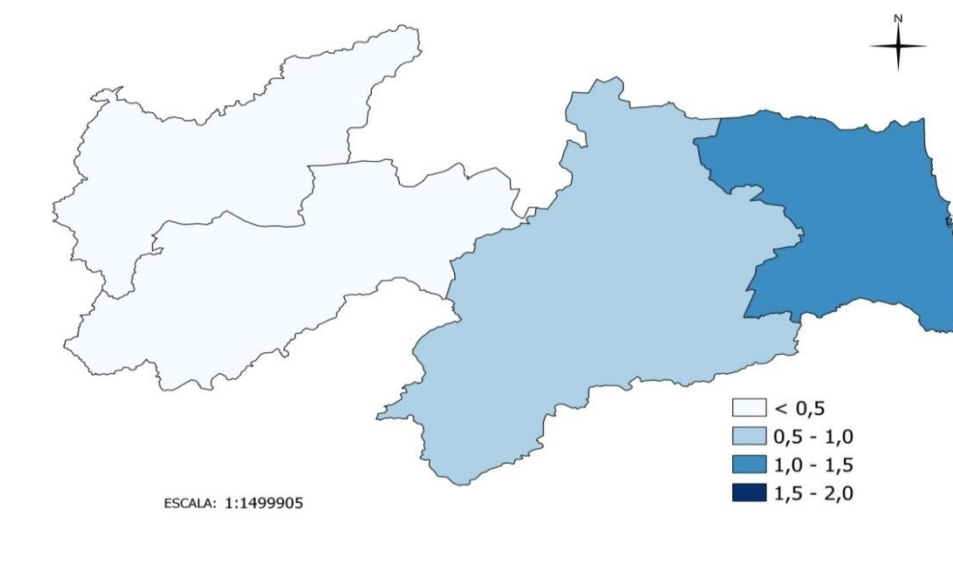
Figura 8 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil -2011.



No ano de 2012, as macrorregiões I (1,0-1,5), II (0,5-1,0) e IV (<0,5) continuaram com o mesmo desfecho do risco em relação ao ano de 2011, porém a macro III apresentou

uma redução do risco para inferior em mais de 50% ($<0,5$), conforme ilustrado abaixo (Figura 9).

Figura 9 – Mapa de risco relativo da aids em jovens de 15 a 24 anos nas macrorregiões de saúde da Paraíba, Brasil -2012.



Constata-se, nas ilustrações dos mapas durante o período de 2007 a 2010, que o risco relativo para a aids na população jovem, em todas as macrorregiões de saúde do Estado, apresenta oscilações de elevações e declínios de 2007 a 2010. Essas oscilações, possivelmente, favoreceram a partir do ano de 2011, mais adesão às políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a realização de intervenções pela Gestão Estadual de Saúde nos municípios da Paraíba.

A partir do ano de 2011, o Governo de Estado da Saúde, através da Gerência Operacional das DST/Aids/Hepatites Virais, proporcionou a ampliação da rede de cuidados com a implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Pombal(macrorregião de saúde III), e do Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município de Patos (macrorregião de saúde III), além de uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) em Cajazeiras (macrorregião de saúde IV).

Ainda nesse aspecto, houve a qualificação dos trabalhadores de saúde da atenção básica e de profissionais das maternidades e dos hospitais da rede estadual de saúde das macrorregiões de saúde. Essa qualificação, com treinamentos teórico-práticos e duração média de 16 a 24 horas, foi denominada de ‘Firmando à Prática’. Os profissionais foram mobilizados para fazer uma testagem rápida para o HIV, em seu território de atuação, como a

unidade de referência e em locais de maiores aglomerações (feiras livres), além de cadeia ou presídio.

Nos anos de 2011 e 2012, foi preciso fazer uma organização logística para o armazenamento dos testes rápido para o HIV nas Gerências Regionais de Saúde, com a aquisição de refrigeradores pela gerência operacional das DST/Aids/Hepatites Virais do Estado e sua distribuição para as 12 Gerências Regionais de Saúde, totalizando uma cobertura em 100% das macrorregiões de saúde. Porém, nesse período, foram vivenciadas dificuldades para essa organização, como a baixa adesão de gestores municipais aos próprios refrigeradores, para acondicionar os testes rápidos. Atualmente, com o avanço da tecnologia desse teste, é desnecessário acondicioná-lo em refrigeradores, portanto, são mantidos em sala refrigerada.

Outra dificuldade vivenciada foi através da adesão dos enfermeiros das macrorregiões de saúde II e IV em ofertar testes rápidos durante as consultas de enfermagem, por compreenderem que essa oferta seria mais uma tarefa acrescida às demais já realizadas em suas rotinas diárias. Para mudar essa realidade, a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB) estabeleceu a oferta de teste rápido para o HIV na Unidade Básica de Saúde (UBS), como critério de avaliação da equipe no modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). A atribuição de uma nota favorável à equipe de saúde que atendeu a esse critério envolveu uma visita de equipes do PMAQ-AB às UBS da Paraíba, o que contribuiu para que as gestões municipais aderissem significativamente à implantação de testes rápidos para o HIV.

Essas gestões foram motivadas a solicitar da gerência operacional de DST/Aids/Hepatites Virais do Estado uma qualificação firmando a prática para suas equipes de saúde, com uma contrapartida da aquisição dos refrigeradores para as UBS, objetivando obter uma nota favorável no PMAQ-AB. Essas qualificações permanecem até os dias atuais, e sua metodologia foi modificada para oferecer o curso a distância através do Telelab, um programa de educação continuada do MS, que disponibiliza cursos gratuitos, tendo como público-alvo os profissionais de saúde e sendo considerado uma ferramenta importante para certificar o profissional e fortalecer a implantação e a oferta de testes rápidos nos municípios (BRASIL, 2011). Essas estratégias e demandas políticas, possivelmente, contribuíram para um declínio do risco relativo no período de 2011 a 2012 nas macrorregiões de saúde I (de 1,5-2,0 para 1,0-1,5), III (de oscilações de 0,5-1,0 para <0,5) e permanência do índice na macrorregião IV (<0,5).

Acredita-se, ainda, que a rotatividade de gestores e trabalhadores de saúde também contribuiu para a oscilação dos RR de aids nas macrorregiões de saúde, uma vez que atores considerados importantes e qualificados na realização dos testes rápidos para o HIV já implantados nos serviços de saúde migram para outros serviços, e esses testes deixam de ser ofertados. Dessa forma, o declínio ou ausência de diagnósticos de aids contribui para diminuir o número de notificações de casos de aids nas regiões de saúde.

Vale salientar que a migração de profissionais qualificados para a realização do teste rápido para outros serviços de macrorregiões de saúde não parece em vão, considerando que a prática de oferta de testes rápidos acompanha o profissional de saúde para sua rotina de trabalho e, conseqüentemente, oportuniza novos diagnósticos e favorece as notificações do HIV ou da aids no município de sua atuação.

A liderança de risco relativo para a infecção pelo HIV nas macrorregiões de saúde I e II pode ser influenciada por suas características demográficas, ou seja, são constituídas por regiões metropolitanas com uma alta concentração populacional de jovens e de municípios de médio e de grande portes territorial e populacional (IBGE, 2013).

A liderança do RR dessas macrorregiões ainda pode ser justificada pelo fato de capital do estado (João Pessoa) estar localizada na macrorregião de saúde I e o município de Campina Grande na macrorregião de saúde II, a segunda considerada como polo industrial da Região Nordeste e ambas como polos estudantis, concentrando um maior número de instituições de ensino superior públicas e privadas. Essas cidades ainda disponibilizam uma estrutura de rede de saúde em serviços de referência, a exemplo de Serviço de Atenção Especializada (SAE) para pessoas que vivem com HIV/Aids e hospitais universitários, com uma oferta de várias especialidades médicas e serviços de outros profissionais de saúde, o que favorece o acesso ao tratamento e, conseqüentemente, uma busca maior da população por esses serviços.

Nesse aspecto, as maiores taxas de incidência da aids em jovens no Estado ocorrem nas macrorregiões de saúde I e II, na evolução temporal estudada (Gráfico 1), o que também pode justificar o RR elevado de infecção para o HIV nesse grupo populacional dessas localidades. Assim, pode-se afirmar que, na Paraíba, existe uma concentração de casos de aids nos grandes centros urbanos, com uma evolução inversa na macrorregião IV, que apresentou as menores taxas de incidência em relação às demais regiões e, conseqüentemente, os menores riscos de infecção para o vírus.

Outro aspecto que merece destaque é o perfil da pessoa portadora de aids, no momento do diagnóstico, e a notificação no período de 2007 a 2009, nos casos de aids, nas

macrorregiões III e IV, que apresentaram um percentual maior, pode-se compreender que a maioria dos diagnósticos, nesses anos, foi feito por um diagnóstico tardio, muitos foram notificados enquanto estavam internos em hospitais, outros, quando chegavam com infecções oportunistas nos hospitais, com coinfeção e, muitas vezes, outros sendo diagnosticados por aids, que o elevaram a óbito.

Nos anos de 2010, 2011 e 2012, com a implantação de testes rápidos para detectar o HIV na atenção básica, o perfil das pessoas diagnosticadas com o vírus se apresentou diferenciado, com carga viral ainda baixa, com alto nível de células de defesa, sem infecções oportunistas em quadro clínico para uma intervenção hospitalar.

A compreensão dessa dinâmica dos jovens com aids, nas macrorregiões do Estado, não deve desconsiderar os determinantes que estratificam a sociedade, tais como a distribuição de renda, a discriminação (gênero, classe, raça, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a presença de estruturas políticas que deveriam reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico e que reforçam essas discrepâncias (OMS, 2011).

Nesse sentido, os determinantes sociais da saúde são compreendidos pelos sistemas de informação em saúde e estão diretamente ligados aos processos de saúde relacionados à política, à organização, à infraestrutura sanitária, aos recursos humanos e financeiros, aos resultados produzidos, em termos de mortalidade, morbidade, à carga de doenças, ao bem-estar, ao estado de saúde e à equidade em saúde (MENDES, 2011).

Ainda analisando a evolução do RR para o HIV, nas macrorregiões de saúde, na Paraíba, verifica-se que o advento da terapia antirretroviral favoreceu para a aids ser considerada como uma doença crônica e para diferentes mudanças no âmbito da vida das pessoas que vivem referentes aos aspectos sociais, físicos e emocionais.

Nesse sentido, a cronicidade da doença exige uma melhoria na organização para ofertar serviços no sistema de saúde, objetivando qualificar essas demandas e melhorar a qualidade da saúde das pessoas que vivem com a doença. Para alcançar esses objetivos, é necessário fazer mudanças no modelo ofertado pela atenção à saúde. Geralmente, o modelo utilizado pelos serviços de saúde é focado na doença e, essencialmente, fragmentado, portanto, deve ser substituído por um modelo proativo, integrado, focado na pessoa e na família, além de ser voltado para a promoção e a manutenção da saúde, definindo papéis e tarefas que assegurem o cuidado integral (MENDES, 2012).

6.Considerações finais

Considerando a magnitude da aids, no mundo e no Brasil, e a importância de ajudar a população jovem a enfrentar essa doença, buscou-se, neste estudo, analisar a evolução da epidemia da aids na população jovem da Paraíba, durante o período de 2007 a 2014, tendo em vista as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade zona e ocupação) e epidemiológicas.

Em relação a população jovem com aids que existe na Paraíba, verificou-se que a faixa etária de 22 a 24 anos apresentou o maior número de casos notificados nas macrorregiões de saúde, com a predominância do sexo masculino na maioria das macrorregiões, exceto a macrorregião de saúde IV, que se destaca pelo elevado número de casos no sexo feminino.

Apesar de, na Paraíba, a aids acomete jovens de raça branca, preta e parda, pode-se afirmar que a doença, nessa unidade federada, predomina na cor parda e com baixa escolaridade (ensino fundamental). Esses casos se concentram nos grandes centros urbanos, porém a interiorização da doença se faz presente nas notificações de casos na zona rural. A ocupação dos jovens que vivem com aids demanda a atenção para o número significativo de donas de casa e estudantes e uma ausência de informações desse dado no sistema de notificação.

O aumento de jovens do sexo masculino com aids no Estado, devido à transmissão sexual por relações heterossexuais e homossexuais, representa um desafio para os programas de prevenção do HIV, cujos gestores devem fortalecer a implementação de uma cultura de preservativos nas relações sexuais para esse grupo populacional, principalmente para os jovens que se encontram em situações de vulnerabilidades, como os com baixa escolaridade.

Percebe-se a necessidade e a importância de se fazer um levantamento e de consolidar indicadores demográficos e socioeconômicos que possam subsidiar políticas e práticas eficazes de prevenção e controle dos principais fatores de exposição, visando promover mudanças no quadro epidemiológico da aids na adolescência e na juventude na Paraíba. Nesse contexto, é necessário combater as iniquidades de saúde e conhecer bem mais as condições de vida e de trabalho do grupo populacional estudado. É preciso, ainda, averiguar de que forma se dão as relações desses jovens em diferentes áreas de suas vidas.

Devemos também definir, avaliar e implementar as políticas públicas que interferem diretamente nessas determinações e fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as diferenças de saúde representam, não apenas para a população desfavorecida,

mas também para a sociedade como um todo, objetivando conseguir o apoio político para a efetiva implementação de ações e intervenções na sociedade.

Concluindo, mais de três décadas depois da epidemia do HIV/Aids no país, é preciso muito reforço e executar diversas ações voltadas para a prevenção e a assistência. Para isso, deve-se modificar a comunicação nas campanhas de promoção e prevenção da aids com o público jovem. Embora as discussões conceituais sobre a epidemia tenham avançado em direção ao tratamento e à prevenção, é necessário fomentar processos potencializadores para enfrentar as vulnerabilidades nas populações vulneráveis.

Há diferentes epidemias visualizadas nos mapas das macrorregiões de saúde da Paraíba. Nota-se um padrão de transmissão em macrorregiões de saúde com municípios com o maior número de ofertas de serviços. A espacialização da relação de casos nas macrorregiões de saúde permitiu confirmar a tendência à interiorização da epidemia da aids na Paraíba. Há que se ressaltar que, por meio deste estudo, foi possível identificar epidemias territoriais para facilitar a abordagem de populações vulneráveis e implantar medidas específicas assistenciais, de prevenção e controle da doença pelas equipes locais de saúde de cada município.

Os resultados deste estudo podem possibilitar estratégias de Políticas Públicas em saúde e serão apresentados e discutidos nas macrorregiões de saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, visando à construção conjunta de ações voltadas para o enfrentamento da aids nas populações vulneráveis dos municípios paraibanos.

Assim, reconhecendo que os tempos da pesquisa e da gestão são diferentes, os resultados deste estudo poderão contribuir para a construção conjunta de ações voltadas para o enfrentamento da aids nas populações vulneráveis do município, fazendo parte de documentos que subsidiarão diretrizes, metas e ações de 2016 a 2019, que serão apresentadas através da Gerência Operacional das DST/Aids/HV do Estado da Paraíba e da Gerência Executiva de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Por fim, recomenda-se que sejam feitas novas pesquisas com essa temática e se amplie a discussão sobre o diagnóstico e as condições de saúde das pessoas que estão recebendo o diagnóstico de HIV ou aids, por ser uma doença que continua preocupante, dinâmica e ainda incurável, acometendo diversas faixas etárias em todo o mundo.

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C.; PELEGRIN, L. Sociologia da doença e da medicina. **Sociologia da doença e da medicina**, 2001.

ALBUQUERQUE, V.S.; MOÇO, E. Tayt-Sohn M.; BATISTA, C.S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. supl. 2, p. 63-74, 2010.

ANDRADE, L.O.M. **Evolução das Políticas de saúde no Brasil**: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. Andrade LOM, Barreto ICHC, organizadores. SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento, Políticas Nacionais, v. 2, 2007.

AYRES. J. R. C. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI, H. C. F.; et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed. p. 375-417. 2009.

AYRES, José R. **Sobre o risco**: Para compreender a epidemiologia. 2008.

ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 661-670, 2009.

ALVES, M.F.P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Formas de contágio**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de DST/AIDS/Hepatites Virais. **Telelab**. Disponível em: <<http://telelab.AIDS.gov.br/index.php/historico-telelab>>. Acesso em: 22 Mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Seminário debate a inovação no Dia Mundial de Luta contra a AIDS**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/2010/44019>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS/Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2015**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2014**. Disponível em: <www.AIDS.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____, Lei nº 12.852/2013, de 05 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e as diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude**. SINAJUVE. Brasília, DF. 2013.

_____, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990.

_____, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre pesquisas com seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. **Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa**. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado de Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 20 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Pesquisade Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e AIDS da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008**[apresentação na Internet]. [S/D]. [acessado 2014 mar 22]. Disponível em: <<http://www3.AIDS.gov.br/publicacao/pcap-2008>>.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: diretrizes para implementação do projeto.** Brasília, 2006. Disponível em:<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_754_saude_prev_esc02.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS. **Boletim epidemiológico: AIDSDST**, v. 4, n. 1, jul.-dez. 2006.

BRITO, M.R.V.; FLORES, R.. Estimativa da prevalência de HIV em gestantes por análise espacial, Porto Alegre, RS. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 928-30, 2006.

BUCHALLA, C.M; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 108-16, 2002.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-46, 2009.

CANINI, S. R. M. da S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 940-945, 2004.

CASTILHOI, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002–2006. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 430-40, 2010.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida em assistência ambulatorial. **Acta paul. enferm**, v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010.

_____. Inserção de crianças nascidas de mães com HIV/AIDS nos programas de suplementação alimentar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 8, n. 1, 2012.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. supl., p. 9-17, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Determinantes sociais.** Disponível em:<http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm>. Acesso em: 14 fev. 2016.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao HIV/SIDA: estudo comparativo entre Brasil e França. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 1, p. 143-160, 2011.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 33-40, 2000.

GRANGEIRO, A. et al. **Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil**. 2006.

GUERREIRO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4 Supl, p. 50-60, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, SIDRA – **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/graficos_pdf.pdf Acesso em: 13 Abri. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade para o período de 2000/2030. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao da Populacao/Projecao da Populacao 2013/nota metodologica2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica2013.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2016.

JEOLÁS, L. S. **A modernidade e o risco do HIV/AIDS na adolescência**: contribuições da Antropologia. Universidade Estadual de Londrina, Boletim 29.jul/dez.(1995).

LOPES, F.; BUCHALLA, C.M.; AYRES, J. R. de C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. suppl. 2, p. 39-46, 2007.

MALISKA, I. C. A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e do convívio com o HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 85, 2009.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 9, n. supl, p. 41-65, 2002.

MEDRONHO, R. A. Estudos ecológicos. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. Ed. Atheneu, São Paulo, 2ed.p. 265-274. 2009.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 3, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, v. 549, 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-americana da Saúde, 2012.

MOLLER, F.R.; SILVA, J.C.; SA, A.C. Prevenção do HPV: uma proposta de educação em saúde. **Cadernos Universitários São Camilo**, São Paulo, V.9, n.2, p. 59-66, abr/jun 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde** - 2011.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em saúde**, v. 20, p. 91-122, 2009.

PARAÍBA, Governo Estadual. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde. **Planejamento e gestão**. Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015), p. 109-128, 2012.

PARAÍBA, Governo Estadual. Secretaria de Estado da Saúde. **Colegiado Intergestor Bipartite (CIB)**. Resolução nº 13/2015. Aprova a atualização da Resolução CIB-E nº 2013/2011, que define as Regiões de Saúde do Estado. Diário oficial, João Pessoa, PB, 06 Abri. 2015. seção 1, p. 1.

PARKER, R. Políticas, **Instituições e AIDS**: enfrentamento da epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PINHO, M. D. et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 277-294, 2013.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST–J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. supl., p. 70-79, 2006.

RIBEIRO, A. C. et al. Perfil clínico de adolescentes que têm AIDS. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

RIOS, L. F. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. Sexual partners and practices of young homosexuals in Rio de Janeiro. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. Sup2, p. S223-S232, 2003.

PASSARELLI, C.A. et al. Aids e desenvolvimento: interfaces políticas públicas. In: **Aids e desenvolvimento: interfaces políticas públicas**. Abia, 2003.

SAITO, M. I.; Adolescência, sexualidade e educação sexual. **Pediatria moderna**, v. 36, p. 3, 2001.

SAN FRANCISCO, E. U. A. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4 Supl, p. 61-7, 2002.

SCHAURICH, D., COELHO, D.F., MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Enfermagem UERJ**, v.14, n.3, P. 455-462, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SOUSA, A. M. et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC - Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUSA UNGLERT, C. V. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

SOUZA, C.; PAIVA, I. L.; Faces da juventude brasileira: entre o ideal e o real. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 353-360, 2012.

SOUZA, B. B.et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **JMPHC - Journal of Management and Primary Health Care**, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

SOUZA P.B.et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014.

SOUZA, C. P, I.L. Faces da juventude brasileira: entre o ideal e o real. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 353-360, 2012.

STEPHAN, C.; HENN, C. A.; DONALISIO, M. R. Expressão geográfica da epidemia de AIDS em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 812-9, 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al .HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, 2011.Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300003>>. Acesso em:19mar.2015.

TOMAZELLI, J.;CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial.Distribution of AIDS cases in women in Rio de Janeiro, Brazil, 1982-1997.**Cad. saúde pública**, v. 19, n. 4, p. 1049-1061, 2003.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, EXG de; VIACAVA, F.. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

UNAIDS.AONU e a resposta àAIDS no Brasil, **Relatório Global sobre AIDS**, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%c3%8aS.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2014.

UNAIDS, 90-90-90. **Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia da AIDS**,2015.

VIEIRA.S. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Editora Campus,1980.

VILLARINHO, M.V.et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e à assistência às pessoas com a doença.**RevBrasEnferm**, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013.

APÊNDICE A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS SECUNDÁRIOS

Eu, Renata Valéria Nóbrega, Gerente Executiva de Vigilância em Saúde do Estado da Paraíba, **autorizo a utilização** do banco de dados **SINAN**, da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, para a realização da pesquisa intitulada “ **ANALISANDO A EPIDEMIA DA INFECÇÃO PELO HIV/Aids NA POPULAÇÃO JOVEM DA PARAÍBA**” sob responsabilidade da pesquisadora IVONEIDE LUCENA PEREIRA.

João Pessoa, 15 de Junho de 2015


Renata Valéria Nóbrega
Gerente Executiva de Vig. em Saúde/SES-PB
Mat. 181387-1

Gerente Executiva de Vigilância em Saúde de Estado da Saúde da Paraíba



Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
(83) 3218-7327 – Fone/fax 3218-7444
E-mail: dstaids@saude.pb.gov.br



ANEXO A

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AÍDS (Pacientes com 13 anos ou mais)						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2- Individual		2	Data da Notificação	
	3	Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	5	Agravos AÍDS		Código (CID10) B 2 4	6	Data do Diagnóstico
Dados do Caso	7	Nome do Paciente		8	Data de Nascimento	
	9	(ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado				
	13	Número do Cartão SUS		14	Nome da mãe	
Dados de Residência	15	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16	Número
	17	Complemento (apto., casa, ...)		18	Ponto de Referência	
	19	UF		20	Município de Residência	
	21	Bairro		Código (IBGE)	22	CEP
	23	(DDD) Telefone		24	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25	País (se residente fora do Brasil)		Código	26	Nº do Prontuário
	27	Ocupação		28	Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Antecedentes Epidemiológicos	29	Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		30	Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos	
	31	Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais <input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia		32	Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	33	Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não	
	35	Data da transfusão		36	UF	
	37	Município onde foi realizada a transfusão		38	Instituição onde foi realizada a transfusão.	
	39	Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		40	Acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	História de transfusão de sangue/derivados:					
	35 Data da transfusão 36 UF 37 Município onde foi realizada a transfusão					
	38 Instituição onde foi realizada a transfusão.					
	39 Transmissão vertical 40 Acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses					

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para
casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 13/02/04

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 23/07/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ANALISANDO A EPIDEMIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO JOVEM DA PARAÍBA”**, da Pesquisadora Ivoneide Lucena Pereira. Protocolo 0409/15. CAAE: 46748815.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB